

# **Lamento informarle que...**

Estrategias prácticas  
para la comunicación  
de malas noticias  
en salud



CAPÍTULO 1



## EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

### AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.  
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100  
Ciudad de México.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.  
Carrera 12-A No. 79-03/05  
Bogotá, DC



# **Lamento informarle que...**

Estrategias prácticas  
para la comunicación  
de malas noticias  
en salud

Autores:

**Dr. Edgar Landa Ramírez**

**Dra. Nadia Alejandra Domínguez Vieyra**

**Dra. Mariana Gutiérrez Lara**

**Dr. Luis Antonio Gorordo Delsol**

Editor responsable:

**Dr. Omar Chávez Victorino**  
Editorial El Manual Moderno



**Nos interesa su opinión  
comúniquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,  
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@manualmoderno.com  
quejas@manualmoderno.com

¡Síguenos!    

[www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
  - Novedades
  - Pruebas psicológicas en línea y más
- [www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)

Esta obra se desprende de una investigación doctoral en la que participaron todos los autores. La obra no obtuvo financiamiento, sin embargo, el desarrollo de dicha investigación fue posible gracias al financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM (proyecto número IN30602) al que deseamos externar nuestro más sincero agradecimiento.

## **Lamento informarle que... Estrategias prácticas para la comunicación de malas noticias en salud**

D.R.© 2026 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.  
ISBN: 978-607-448-970-5

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form —electronic, mechanical, photocopying— without the prior permission in writing from the Publisher

Libro dictaminado y avalado por el Comité de Investigación y Editorial de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C. (con folio 202511014, para más información del dictamen ingrese a <https://smme-ac.com/>)



es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

### **Biblioteca Nacional de México (BNM). Catalogación en Publicación.**

**Autores:** Landa Ramírez, Edgar, autor | Domínguez Vieyra Nadia Alejandra, autor | Gutiérrez Lara Mariana, autor | Gorordo Delsol Luis Antonio, autor

**Título:** Lamento informarle que... Estrategias prácticas para la comunicación de malas noticias en salud | Edgar Landa Ramírez | Nadia Alejandra Domínguez Vieyra | Mariana Gutiérrez Lara | Luis Antonio Gorordo Delsol

**Descripción:** Primera edición. | Ciudad de México : Editorial El Manual Moderno:

**Identificadores:** ISBN: 978-607-448-970-5 | BNM ALMA 997668642108686

**Temas:** : Lamento informarle que... Estrategias prácticas para la comunicación de malas noticias en salud — Aspectos salud | Cuidados de la salud— Cuidado humano.

**Clasificación CDD23:** 618.3646

Directora editorial:  
**Mtra. Sandra Núñez Valle**

Editora de desarrollo:  
**LCC Tania Uriza Gómez**

Gerente de producción:  
**Ing. Víctor Canto**

Diseño de portada:  
**DG Oscar Javier Ibarra Luna**

# Contenido

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| Acerca de los autores . . . . .         | ix   |
| Dedicatoria y agradecimientos . . . . . | xi   |
| Prólogo . . . . .                       | xiii |
| Prefacio . . . . .                      | xv   |

## Capítulo 1

### Comunicación de malas noticias: precedentes básicos

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción y caso clínico . . . . .                                                        | 1  |
| Malas noticias: definición y características . . . . .                                       | 2  |
| Datos mundiales y nacionales . . . . .                                                       | 4  |
| Afectaciones . . . . .                                                                       | 5  |
| Factores en la comunicación del personal de salud<br>con el paciente y su familiar . . . . . | 8  |
| Referencias . . . . .                                                                        | 15 |

## Capítulo 2

### Los esenciales para transmitir malas noticias

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Qué esperan los pacientes y familiares al recibir una mala noticia? . . . . .        | 27 |
| Recomendaciones para transmitir malas noticias desde diversas áreas médicas . . . . . | 32 |
| Referencias . . . . .                                                                 | 36 |

## Capítulo 3

### Protocolos de comunicación de malas noticias

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Generalidades . . . . .                          | 39 |
| Protocolo SPIKES . . . . .                       | 40 |
| Protocolo GRIEV_ING . . . . .                    | 46 |
| Otros protocolos y sus recomendaciones . . . . . | 51 |
| Referencias . . . . .                            | 55 |

## Capítulo 4

### Protocolos remotos para comunicar malas noticias

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Comunicación remota prepandemia por COVID-19 . . . . .             | 63 |
| Comunicación remota a partir de la pandemia por COVID-19 . . . . . | 67 |
| Comunicación remota, contexto mexicano . . . . .                   | 76 |
| Referencias . . . . .                                              | 78 |

## Capítulo 5

### Manejo de las respuestas emocionales en las malas noticias

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| ¿Para qué sirven las emociones? . . . . .                | 84 |
| Respuestas emocionales en el personal de salud . . . . . | 86 |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Apoyo emocional al paciente y familiar . . . . .                             | 88  |
| Cinco elementos centrales en el abordaje de la respuesta emocional . . . . . | 88  |
| Primeros auxilios psicológicos . . . . .                                     | 93  |
| Intervención en crisis . . . . .                                             | 102 |
| Apoyo emocional al personal de salud. . . . .                                | 106 |
| Referencias . . . . .                                                        | 108 |

## **Capítulo 6**

### **Ejercicios prácticos y consideraciones finales**

|                                                                          |         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Notificación de muerte.</b> . . . . .                                 | 117     |
| Caso clínico 1: muerte por accidente de tránsito . . . . .               | 117     |
| Caso clínico 2: muerte por enfermedad crónica avanzada . . . . .         | 123     |
| Caso clínico 3: muerte pediátrica súbita . . . . .                       | 129     |
| <b>Otro tipo de malas noticias</b> . . . . .                             | 136     |
| Caso clínico 4: diagnóstico de cáncer de mama . . . . .                  | 137     |
| Caso clínico 5: amputación de extremidad inferior . . . . .              | 143     |
| <b>Comunicación remota de malas noticias</b> . . . . .                   | 149     |
| Caso clínico 6: notificación de muerte vía remota por COVID-19 . . . . . | 149     |
| Consideraciones finales. . . . .                                         | 156     |
| Referencias . . . . .                                                    | 160     |
| <br>Índice . . . . .                                                     | <br>163 |



CAPÍTULOS MUESTRA

# Acerca de los autores

## **Dr. Edgar Landa Ramírez**

Programa de Psicología Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González.  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

## **Dra. Nadia Alejandra Domínguez Vieyra**

Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Psicología Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

## **Dra. Mariana Gutiérrez Lara**

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

## **Dr. Luis Antonio Gorordo Delsol**

Esp. Urgencias Médico-Quirúrgicas, Esp. Medicina Crítica, Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Juárez de México. Coordinador del Comité de Investigación y Revista de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C.



CAPÍTULOS MUESTRA

# Dedicatoria y agradecimientos

Este escrito va dedicado a todas aquellas personas, presentes y futuras, que tienen el privilegio y la responsabilidad de acompañar a un ser humano en lo que muy probablemente será uno de los momentos más difíciles de su existencia, la pérdida de un ser amado. Esperamos que nuestra experiencia promueva la certeza de sus acciones y ayude a nunca borrar la esperanza de sus palabras. ¡Finalmente, y cómo siempre, esto va dedicado a Julieta y Aime!

Edgar

Para el personal de salud mexicano. Héroes resilientes que hacen lo que pueden con lo que tienen. En muchas ocasiones, a pesar del cansancio físico y emocional

Nadia

A quienes han recibido una mala noticia a medio pasillo, sin tiempo ni consuelo; a quienes han tenido que darla con la voz quebrada; a pacientes y familias que nos han enseñado, con su dolor, el valor de comunicar con humanidad. Para que ningún mensaje se dé sin compasión o sin sentido. Para que, en los momentos más oscuros, seamos luz. Para David, mi luz

Luis Antonio

» **xii** Lamento informarle que... Estrategias prácticas para la comunicación de malas noticias...

A mi mamá, de quien heredé la fuerza. A mis hermanos y sobrinos. A Irmin, conmigo siempre.

Mariana



CAPÍTULOS MUESTRA

# Prólogo

## Una conversación pendiente

Nadie se inscribe a la carrera de Medicina o del área de la salud con la ilusión de decirle a una madre que su hijo ha muerto. Nadie sueña con entregarle a un esposo el parte médico de que ya no hay más que hacer. Y sin embargo, en algún punto del camino, nos toca. Nos toca mirar a los ojos del dolor, acompañarlo, nombrarlo. Nos toca ser portadores de malas noticias.

Este libro nace de esa necesidad: dar nombre, estructura y herramientas a una de las tareas más humanas y más desatendidas en nuestra formación en la salud. Porque aprender a comunicar malas noticias no es un lujo para quien tiene vocación ni una habilidad blanda que se deja para después. Es una competencia clínica, ética y emocional que transforma el cuidado de la salud.

Quienes ejercemos en contextos críticos —como urgencias, terapia intensiva, áreas quirúrgicas, medicina interna, paliativa u otras— sabemos que no basta con saber mucho de medicina si no sabemos cómo decir lo que nadie quiere escuchar. Tenemos claro que cada palabra puede aliviar o dañar, abrir caminos de comprensión o sembrar distancia. Y entendemos también que el silencio, cuando es evasivo y temeroso, puede ser más cruel que la verdad.

Este libro es una propuesta para no llegar solos a ese momento. A lo largo de sus capítulos, recorrerá los fundamentos teóricos y prácticos que sustentan

una buena comunicación de malas noticias: desde los modelos clásicos como SPIKES y GRIEV\_ING, hasta propuestas de mnemotecnias adaptadas a nuestros entornos presenciales y virtuales. Reflexionaremos sobre el impacto emocional que estas conversaciones tienen tanto en pacientes como en el personal de salud, y abordaremos herramientas para manejar la angustia, el enojo, la negación, el llanto y el colapso.

Además, incluimos viñetas clínicas adaptadas de casos reales y ficticios que permiten conectar con la experiencia cotidiana. Porque no se trata solo de saber qué decir, sino de cómo decirlo. No se trata de frases mágicas, sino de presencia, de humanidad, de técnica transmitida con compasión.

Este libro también es un acto de honestidad: reconocer que muchas veces lo hemos hecho mal, que nadie nos enseñó cómo hacerlo mejor, y que ya es tiempo de cambiar eso. Está escrito para estudiantes, residentes, médicos generales y especialistas, personal de enfermería, trabajo social, psicología, tanatología y todas aquellas personas que, de una u otra forma, están presentes en momentos donde la vida cambia de golpe.

La invitación es clara: haga de este libro un espejo y una herramienta. Úselo para reflexionar, para practicar, para conversar en equipo. No lo guarde en el cajón de las teorías bonitas. Llévelo en la mochila, en la guardia, en esa conversación pendiente.

Porque comunicar con humanidad también salva.

**Dr. Luis Antonio Gorordo Delsol**

# Prefacio

Dentro del sector salud, comunicar malas noticias a los pacientes y sus familiares es una actividad inherente y frecuente, por lo que es común que el personal de salud tenga que revelar un diagnóstico, el avance “negativo” de una enfermedad, anticipar un mal pronóstico o secuelas, informar el inicio de medidas invasivas, notificar el fallecimiento de un paciente o, en el peor de los casos, todas las anteriores. Es constante y muy llamativo que, a pesar de que dar malas noticias es una actividad sumamente frecuente en las instituciones de salud — léase consultorios, centros de salud, asilos, hospitales u otros—, la formación de los profesionales de medicina, enfermería y afines no suele incluir capacitaciones formales sobre cómo comunicar malas noticias; esto promueve y perpetúa que se transmitan de manera inadecuada, lo que deriva en varios problemas como molestia y agitación en los pacientes y familiares (que pueden llegar a agredir al personal de salud emisor), un mayor número de quejas institucionales, e incluso se ha reportado que el personal sanitario se perciba decepcionado sobre sus habilidades para llevar a cabo dicha labor.

La pandemia por COVID-19 trajo más escollos a este ya complejo panorama y en un parpadeo expuso la vulnerabilidad y el incipiente entendimiento que nuestro conocimiento científico y experiencia profesional tiene en el área, de tal suerte que acentuó la poca formación que el profesional de la salud tiene para transmitir malas noticias. La actividad se complicó aún más cuando, por

las condiciones de la pandemia, la comunicación de malas noticias tuvo que llevarse a cabo de manera remota (normalmente por teléfono o videollamada) o de manera mixta, pero con múltiples barreras físicas —recuerde los paneles de acrílico, las ventanillas con plástico, el equipo de protección personal y la distancia mínima entre los interlocutores, sin contacto, sin afecto—, lo cual ocasionó que el personal de primera línea enfrentara retos nunca antes vistos en esta área y los puso en una situación en la que, a pesar de las brechas y limitaciones, se tuvieron que adaptar a la inexorable tarea, sin mayores herramientas que las obtenidas en el transcurso de la experiencia misma.

Lo anterior es lamentable ya que, a pesar de las limitaciones en el área de la comunicación de malas noticias, existe un respetable corpus de conocimiento que permite dar sólidas recomendaciones de cómo transmitir este tipo de información en contextos no pandémicos en diversas especialidades médicas como: oncología, urgencias, ginecología, pediatría; y fue a partir de dichas recomendaciones que, durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2, se llevaron a cabo diversas adaptaciones y propuestas que apoyaron al personal de salud en la transmisión de malas noticias en un contexto tan complejo como el que la pandemia trajo. Lo anterior no es cosa menor, ya que las vicisitudes experimentadas durante la pandemia promovieron el uso de tecnología que, tradicionalmente, no suele utilizarse en el sector salud con esta finalidad; de igual manera, el personal sanitario enfrentó diversas restricciones públicas e institucionales, tales como extenuantes jornadas laborales, altos niveles de estrés e incertidumbre, lamentables pérdidas de compañeros de trabajo y sensibles fallecimientos de seres queridos, que hicieron mucho más compleja la comunicación de este tipo de noticias.

En estas páginas compartimos, desmenuzamos y discutimos una serie de estrategias con base en investigación sólida que, esperamos, sea de ayuda para los profesionales de la salud en la comunicación de diversos tipos de malas noticias en su práctica diaria. El lector podrá notar que se recurrirá al uso de la investigación en salud, práctica educativa y experiencia clínica prepandémica, así como al uso de las experiencias y vestigios educativos y científicos aprendidos durante la pandemia. Finalmente, es nuestro mayor deseo conjuntar toda la experiencia que se tiene desde el área de la Medicina de Urgencias y Medicina Crítica y del Análisis de Comportamiento, para poder crear un escrito que, paso a paso, guíe al personal de salud en cómo llevar a cabo la transmisión eficaz de malas noticias, en un ámbito tan sensible como el sector salud.



A continuación encontrará un código QR que, al escanearlo con su celular, le dará acceso a recursos digitales para imprimir.





CAPÍTULOS MUESTRA

# Capítulo 1

## Comunicación de malas noticias: precedentes básicos

### Introducción y caso clínico

Imagina que te encuentras en un plácido momento de la guardia y, a pesar de lo extenuante que ha sido la jornada, tienes un momento para ti cuando te permites tomar un respiro, darle un sorbo al café y pensar que eres una persona afortunada por poder llevar a cabo las actividades profesionales que diariamente realizas. Volteas a tu alrededor y la calma reinante parece ser el epítome de lo que calificas como una buena guardia. Sonríes: ¡qué fortuna que finalmente esto te ocurra!

A lo lejos, proveniente de los labios de uno de los más noveles galenos que se encuentra rotando a tu cargo, se escucha esa calamitosa frase que siempre has deseado que desaparezca **“¡qué tranquila está la guardia!”**. Intentas controlar tu indignación, cierras los ojos, aprietas los puños, respiras hondo y profundo. Te aferras al recuerdo de la revisión de un par de estudios (Brookfield *et al.*, 2019; Geller *et al.*, 2022) en los que leíste que no se reportan incrementos en el uso de los servicios médicos cuando alguien profiere dicha blasfemia; no obstante, en lo más profundo de ti y de tu pensamiento mágico, lo sabes, por lo que te preparas para lo que sea que cruce la puerta de tu servicio. ¡Es cierto, somos personas de ciencia, pero preferimos no jalarle la cola al diablo!

## Caso clínico

Gustavo es un paciente masculino de 18 años, sin antecedentes clínicos de importancia. Presentó un accidente en moto —no llevaba casco— al impactar de frente con un poste; los servicios de urgencias médicas prehospituarios tardaron unos 45 minutos de la llamada al arribo al hospital, donde ingresó inconsciente, con Glasgow de 3 puntos, frecuencia cardíaca de 40 x', presión arterial de 60/30 mmHG, polipneico de 24x', saturación de oxígeno de 65% y temperatura de 35.5 °C. Durante la exploración detectas aliento alcohólico, una herida frontoparietal profunda y con exposición de masa encefálica, pupilas midriáticas y con reflejo fotomotor lento, otorragia en oído derecho y sangrado nasal abundante. Pasó directo a la sala de choque y, en cuestión de segundos, presentó paro cardiorespiratorio; dirigiste las maniobras de reanimación avanzada y, posterior a 20 minutos de atención, se declara la muerte del paciente. La mamá de Gustavo acaba de llegar a la sala de espera y está esperando informes sobre su hijo, tú eres responsable de transmitir la noticia, ¿qué haces? ¿Cómo lo haces? (Puedes ir al capítulo seis para ver la respuesta).

## Malas noticias: definición y características

Buckman (1984) escribió uno de los artículos más clásicos e influyentes sobre cómo transmitir malas noticias en el sector salud; casi cualquier esfuerzo clínico y científico que posteriormente se ha derivado en el área tiene en sus bases la influencia de dicho trabajo. En este artículo se define a una mala noticia como “cualquier información que pueda alterar drásticamente la visión que tiene el paciente —o *familiar del paciente*— de su futuro (ya sea en el momento del diagnóstico o ante el fracaso de la intención curativa” (p. 1599). Si bien en un inicio la definición estaba muy enfocada en la percepción del paciente, en los años posteriores se ha generalizado su uso también cuando se comparte esta información a los seres queridos, lo cual no es cosa menor, ya que habrá situaciones en las cuales la noticia únicamente la recibirá el familiar; por ejemplo, cuando se notifica la muerte de su paciente.

Existen diversos factores que influyen en que una información se considere como mala noticia; mucho tendrá que ver la historia del individuo que la recibe, así como su etapa de vida, estado físico y emocional, creencias, personalidad, cultura y otros factores asociados a las características de la propia noticia, como



el que sea súbita o inesperada (Bain *et al.*, 2014; Seifart *et al.*, 2014). A pesar de la diversidad, dentro del sector salud, existen algunas noticias que dada su naturaleza, tienen una alta probabilidad de ser consideradas por los pacientes y familiares como malas noticias, por ejemplo: un nuevo diagnóstico, un mal pronóstico o el avance de una enfermedad, problemas en la funcionalidad diaria, la realización de procedimientos invasivos o la notificación del fallecimiento de un ser querido (Fallowfield y Jenkins, 2004), siendo este último caso especialmente frecuente en las áreas de medicina crítica.

*La sala de espera estaba casi vacía, apenas una madre joven y un hombre mayor de rostro desgastado por el insomnio. El residente de segundo año respiró hondo antes de acercarse. Sabía lo que venía: en “Choque 3”, el paciente de 57 años que ingresó por un infarto extenso y no respondió a la reanimación avanzada. Había fallecido hace cinco minutos.*

*—¿Es usted el hijo del señor Juan Pérez? —preguntó el residente, con voz pausada.*

*El hombre asintió lentamente, con la mirada perdida.*

*—¿Podemos hablar un momento en privado?*

*Lo condujo a un pasillo con bancas vacías. No era ideal: fluorescentes fríos, paredes sin alma, una silla de metal para el familiar.*

*—Lamento tener que decirle que, a pesar de todos nuestros esfuerzos, su papá ha fallecido.*

*Hubo un silencio espeso. El hombre se quedó inmóvil unos segundos, como si no entendiera.*

*—¿Cómo...? Pero si anoche estaba bien... sólo dijo que le dolía el pecho.*

*—Sabemos que esto es inesperado. Su corazón sufrió un daño muy severo y, aunque iniciamos maniobras de reanimación de inmediato, no respondió.*

*—No me dio tiempo ni de verlo...*

(Continúa)

(Continuación)

*El residente permaneció en silencio unos segundos, luego acercó un pañuelo de papel, sin tocarlo, y dijo con voz firme pero serena:*

*—Entiendo lo difícil que es esto. Estoy aquí si necesita que le aclare lo que pasó o si desea verlo.*

*Esa noche, el residente salió del hospital preguntándose si lo había hecho bien. No recordaba todo lo que dijo. Recordaba esa mirada. Recordaba la hora exacta. Y cómo el tiempo parecía detenerse en ese instante.*

## Datos mundiales y nacionales

Aunque no existe un dato exacto de cuántas malas noticias se dan anualmente en el sector salud, diversos escritos suponen que se trata de una de las actividades más frecuentes que el personal sanitario realiza, e inclusive —dependiendo de la especialidad médica— se puede convertir en una de las actividades más frecuentes que en su práctica clínica llevan a cabo (Baile *et al.*, 2000). A pesar de que no hay datos directos de la frecuencia de la actividad, existe información sobre el incremento de diversas enfermedades infecciosas (Wu *et al.*, 2021), problemas de salud mental o consumo de sustancias (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; Milton *et al.*, 2018), enfermedades respiratorias (Chent *et al.*, 2023) y enfermedades crónicas, que podrían derivar en la transmisión de nuevos diagnósticos o, tal vez, malos pronósticos (Chent *et al.*, 2023; GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021; Liu *et al.*, 2022). Otra forma de hacerse una idea más o menos cercana de cuántas malas noticias se transmiten puede ser revisando las principales causas de muerte de las personas, y considerar que estas probablemente ameriten informar acerca de nuevos diagnósticos, malos pronósticos y el fallecimiento. En México, en el año 2023, las cinco principales causas de muerte registradas se dieron por enfermedades del corazón (189,210 fallecimientos), diabetes mellitus (110,059 fallecimientos), tumores malignos (91,562) accidentes (40,275 fallecimientos) y enfermedades del hígado (40,052 fallecimientos) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024).

De igual manera, durante los primeros dos años de la pandemia por COVID-19, se reportaron casi seis millones de fallecimientos provocados por esta enfermedad,



sin embargo, estimaciones recientes han calculado una mortalidad tres veces más alta en este periodo (COVID-19 *Excess Mortality Collaborators*, 2022). En México, los datos oficiales han reportado 334,336 defunciones por COVID-19 hasta el momento de este escrito (Gobierno de México, 2024), sin embargo, considerando las estimaciones globales de mortalidad por la pandemia, se ha calculado que podrían haber más de un millón de defunciones en el país provocadas por dicha enfermedad y una amplia cantidad de estas noticias la transmitió el personal de salud. De acuerdo con datos internacionales, la tasa de mortalidad general en los servicios de emergencias de Estados Unidos en el año 2016 fue de 0.2% (270 mil fallecimientos; *Center for Disease Control and Prevention* [CDC], 2016); en el mismo periodo, América Latina registró una tasa de mortalidad del 2.0% en dicho servicio (Obermeyer *et al.*, 2015). México, por su parte, calculó en 2019 una tasa de mortalidad hospitalaria del 2.6% (328,044 fallecimientos) (INEGI, 2020). Los datos previos hacen suponer que transmitir notificaciones de muerte es altamente frecuente en las diversas áreas de la medicina y esta situación se exacerbó durante la pandemia por COVID-19.

## Afectaciones

La transmisión de malas noticias suele estar asociada con diversos tipos de respuestas en los pacientes y sus familiares. En la literatura al respecto, se ha documentado la presencia de reacciones como llanto, dolor, confusión, negación, ira, tristeza, desesperanza, culpa, hostilidad, enojo, shock y crisis emocionales (Baile *et al.*, 2000; De Leo *et al.*, 2020, Paul *et al.*, 2009). En México, diversos escritos han reportado que, ante la comunicación de malas noticias, las reacciones más frecuentes en los pacientes y familiares fueron estrés, preocupación, enojo, dudas e inquietud. En el caso específico de la notificación de muerte, se sumaron el llanto y la crisis emocional (Dominguez-Vieyra *et al.*, 2023; Landa-Ramírez *et al.*, 2020, 2021).

Aunque en la mayoría de los casos el impacto emocional tiende a disminuir gracias a factores protectores, estilos de afrontamiento y redes de apoyo de los pacientes y familiares, las respuestas agudas asociadas con la mala noticia no necesariamente se resuelven con el paso del tiempo. Diversos estudios han documentado la presencia de factores de riesgo (Kuo *et al.*, 2017; Nielsen *et al.*, 2017; Prigerson *et al.*, 2021) que pueden promover o agravar el malestar en los meses posteriores. Entre las manifestaciones se han reportado síntomas como

palpitaciones, hiperventilación, opresión torácica, dolor de cabeza, alteraciones del sueño, trastornos del habla, sensación de ahogo, fatiga, pérdida de apetito, mayor probabilidad de enfermar e inclusive de morir (De Leo *et al.*, 2020; 2022; Stroebe *et al.*, 2007). A nivel emocional y cognitivo, se ha documentado que se podrían presentar problemas emocionales como: ansiedad, depresión, estrés agudo o postraumático, culpa, duelo prolongado, trastorno de pánico, enfado, irritación, sensación de acompañamiento del paciente fallecido, shock, negación, desconfianza, amnesia, dificultades de concentración, confusión, hostilidad, agresividad, abuso en el consumo de sustancias e ideación o intento suicida (Czamlar, 2017; Paul *et al.*, 2009; Stroebe *et al.*, 2007; Tang *et al.*, 2024; Zalenski *et al.*, 2006).

Se ha descrito que los pacientes y sus familiares pueden experimentar decepción e insatisfacción ante la insensibilidad y la falta de empatía del personal sanitario al comunicar una noticia de manera inadecuada. Además, pueden percibirlos como fríos, desinteresados, poco claros en la información que brindan, evasivos ante sus dudas y carentes de un verdadero interés hacia su paciente y persona. Todo esto se puede asociar con una mayor insatisfacción con el servicio recibido en el sector salud (Parrish *et al.*, 1987; Shoenberger *et al.*, 2013; Sobczak *et al.*, 2018; Toutin-Dias *et al.*, 2018; Walthall y Hobgood, 2012). Durante la pandemia por COVID-19, esta situación se agravó debido a las medidas impuestas por algunos países para frenar la propagación del virus, tales como la comunicación remota con los familiares de las personas hospitalizadas, la imposibilidad de ver o despedirse de su ser querido, o la prohibición de realizar rituales funerarios. A esto se sumaron la preocupación y el miedo del familiar ante la posibilidad de haberse contagiado (Ingravallo, 2020; Landa-Ramírez *et al.*, 2020; Wakam *et al.*, 2020).

Es frecuente la creencia de que únicamente el paciente o familiar se ven afectados al recibir una mala noticia que fue transmitida de forma inadecuada; sin embargo, existe cada vez más investigación que demuestra que el personal de salud también se ve afectado cuando comunica este tipo de información sin la preparación necesaria. Al respecto, se ha documentado que el personal sanitario experimenta emociones como tristeza, decepción, frustración, enojo, percepción de insuficiencia, inseguridad, nerviosismo, ansiedad, preocupación e inclusive culpa (Fallowfield y Jenkins, 2004; Strote *et al.*, 2011). A nivel físico, se han reportado reacciones como aumento de la frecuencia cardíaca, agotamiento, fatiga y desempeño clínico deficiente por parte del médico (Brown *et al.*, 2009). Estas experiencias conllevan una carga emocional que podría estar asociada con el desarrollo de burnout, estrés postraumático y otros problemas de salud



mental (Blanchard *et al.*, 2010; Breyre *et al.*, 2023; Campos *et al.*, 2021; Strote *et al.*, 2011).

De igual manera, a nivel institucional se ha documentado que pueden surgir dilemas éticos y riesgos de demandas legales al personal hospitalario que comunica información sensible de manera inapropiada (Johnston y Beckman, 2019; Strong, 2003). Durante la pandemia por COVID-19, se sumaron otros factores de riesgo para el personal de salud, como la extenuante carga de trabajo, la escasez de equipos de protección personal en las fases iniciales de la emergencia, la sensación de no recibir el apoyo institucional adecuado, el temor a infectarse o contagiar a su familia, la incertidumbre y estigmatización en los momentos más críticos de la contingencia, así como la muerte de compañeros de trabajo y seres queridos. A esto se añadió el distrés por tener que comunicar malas noticias de forma constante, lo cual contribuyó a un aumento significativo en los niveles de depresión, ansiedad, insomnio, estrés y estrés postraumático; así como el consumo de sustancias dentro de esta población (Chirico *et al.*, 2021; Ghahramani *et al.*, 2023; Lai *et al.*, 2020; Mengin *et al.*, 2022; Robles *et al.*, 2021).

*Luis, médico adscrito a la UCI desde hacía 10 años, había dado decenas de notificaciones de muerte. Aun así, esa vez dolió diferente.*

*Ese día tuvo que informar sobre el fallecimiento de una chica de 22 años con lupus y hemorragia alveolar masiva. El equipo había luchado toda la noche, pero finalmente, la hipoxia y asistolia fueron irreversibles.*

*Afuera, el padre esperaba con ansiedad. Luis lo hizo pasar a la pequeña sala de familiares.*

*—Don Emilio, lamentablemente su hija no sobrevivió. Hicimos todo lo posible. Su cuerpo ya no resistió...*

*No alcanzó a terminar la frase cuando el padre lo empujó con fuerza contra la pared.*

*—¡La mataron! —gritó.*

*El hombre se dejó caer al suelo, llorando. Lloró como si se le partiera el alma. Luego vino el silencio.*

(Continúa)

(Continuación)

*Esa noche, Luis no pudo dormir. Sintió rabia, tristeza, impotencia. Recordó la mirada de la paciente cuando llegó, su fragilidad. Recordó también las palabras del padre, el golpe, el llanto. Y la sensación de estar solo. Sentía el cuerpo tenso, el estómago revuelto, la mente nublada. En su turno del día siguiente le tocaba dar informes, pero no pudo. Le pidió al residente que lo hiciera por él.*

## Factores en la comunicación del personal de salud con el paciente y su familiar

Al hablar de la transmisión de malas noticias en el sector salud, inexorablemente se debe considerar la comunicación entre los pacientes y personal sanitario, así como los diversos factores involucrados en esa interacción. Esta comunicación juega un papel crítico para promover un mejor entendimiento, facilitar la discusión, apoyar la toma de decisiones y planificar el futuro cuidado de un paciente (Weathers *et al.*, 2016). Diversas revisiones mencionan que trabajar en estas áreas contribuye a incrementar la satisfacción del paciente, mejorar la percepción de la calidad de la atención y promover la adherencia al tratamiento del paciente; lo cual, además, podría favorecer mejores resultados clínicos (Li *et al.*, 2024; Zhang, *et al.*, 2024; Zolnierek *et al.*, 2009).

Los datos de investigaciones internacionales indican que la comunicación entre pacientes y personal de salud no suele ser ni abierta ni clara. Por ejemplo, un estudio realizado en diversos centros oncológicos de Estados Unidos reportó que sólo el 5% del total de los pacientes tienen información completa acerca de su enfermedad y pronóstico; y alrededor del 40% de los pacientes entrevistados reportaron no haber discutido nunca con algún médico acerca de su pronóstico y expectativa de vida (Epstein *et al.*, 2016; Prigerson *et al.*, 2023). En contextos hispanohablantes, se ha descrito que entre el 14 y 21% de los pacientes oncológicos desconocen su diagnóstico; además, hasta un 71% de pacientes que ingresan a una unidad de cuidados paliativos en España ignoran su pronóstico. En México, cerca del 20% de los pacientes con cáncer terminal reportaron no conocer su diagnóstico, y 35% desconocían su pronóstico (Bermejo *et al.*, 2013; Landa-Ramírez *et al.*, 2014).



Existen diversos factores institucionales, individuales y culturales que pueden obstaculizar una comunicación adecuada entre el personal de salud y los pacientes. Al respecto, se ha documentado que la falta de formación educativa formal en habilidades de comunicación, está asociada con la incapacidad e incomodidad del personal sanitario para comunicarse de manera efectiva (Fallowfield *et al.*, 2002, 2004). Además, se ha calculado que, a pesar de que dar malas noticias es una de las actividades más frecuentes a lo largo de la carrera profesional médica, se dedican muy pocas horas de entrenamiento formal a enseñar cómo hacerlo de manera empática (Baile *et al.*, 2000). Incluso, se ha reportado que, en algunas especialidades como urgencias, el entrenamiento no supera un promedio de seis horas durante toda la especialidad (Strote *et al.*, 2011).

Aunado a lo anterior, la formación médica con base en un modelo paternalista ha sido identificada como un factor que inhibe la comunicación abierta entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares. Este modelo asume que el personal de salud es el que más conocimiento tiene sobre los problemas de salud del paciente y, por lo tanto, es su responsabilidad elegir lo que le “conviene” al paciente sin siquiera consultarlo (Bassford, 1982; Bommier *et al.*, 2013; Cherny, 2012). En México, se ha identificado que es más probable que el personal de salud establezca diálogos que respeten la autonomía del paciente si presenta niveles menores de sobreprotección o paternalismo (Lazcano-Ponce *et al.*, 2020).

Además de los problemas de educación formal, existen también diversos factores institucionales que dificultan una correcta comunicación entre el personal de salud y el paciente o sus familiares. Por ejemplo, el tiempo limitado de consulta con el paciente lleva a que los médicos decidan evitar temas que podrían prolongar demasiado la consulta (Hancock *et al.*, 2007). De igual manera, se ha reportado que los servicios sanitarios en países en vías de desarrollo suelen estar sobresaturados (Obermeyer *et al.*, 2015), lo cual impide que se creen condiciones favorables para una comunicación efectiva. Asimismo, diversos estudios indican que algunos profesionales con mayor antigüedad en el sistema de salud resisten la implementación de cambios en las dinámicas establecidas en la atención clínica, lo cual se intensifica cuando no existe una estructura institucional adecuada, las demandas clínicas son complejas y la supervisión para poder llevar a cabo los cambios en las dinámicas de atención es limitada (Chaulagain *et al.*, 2020; Esponda *et al.*, 2020; Miguel-Esponda *et al.*, 2020).

La literatura internacional no es concluyente con respecto a la influencia de los factores individuales y sociodemográficos del personal de salud que transmite

la información. Mientras algunos estudios indican que no existe una relación entre la edad, el sexo o alguna otra característica del personal clínico que facilite o dificulte la comunicación con el paciente o su familiar (De Vries *et al.*, 2014), otros han reportado que las mujeres médicas jóvenes suelen estar más dispuestas a compartir la información con los miembros de la familia, mientras que los médicos hombres lo hacen con el paciente. Sin embargo, los autores resaltan que este fenómeno puede explicarse únicamente dentro del contexto cultural del país donde se realizó la investigación (Italia), ya que en dicho país, la dinámica familiar desempeña un papel predominante en la interacción y cuidado del paciente (Locatelli *et al.*, 2013).

De igual manera, se deben tener en cuenta las habilidades de comunicación que, por naturaleza, posee el personal de salud. Aunque diversos estudios han reportado que este personal suele percibir que cuenta con buena capacidad para comunicarse con pacientes y familiares (Mansoursamaei *et al.*, 2023), otros estudios indican que con frecuencia se sobreestiman dichas capacidades. En realidad, muchos de ellos presentan un déficit importante en sus habilidades sociales (Pereira-Lima y Loureiro, 2015), con limitaciones tanto en la comunicación verbal como no verbal (Bommier *et al.*, 2013), y manifiestan poca empatía para transmitir noticias, incluidas las malas, además de mostrar comportamientos que denotan falta de tiempo o disposición para responder dudas (Anestis *et al.*, 2020; Shoenberger *et al.*, 2013; Vogel *et al.*, 2018).

Existen estudios que indican la importancia de considerar las condiciones emocionales del personal de salud al momento de transmitir noticias. Es común que dicho personal presente condiciones como ansiedad, depresión y burnout, lo cual deteriora sus habilidades de comunicación (Pereira-Lima y Loureiro, 2015). Además, suelen experimentar estrés en situaciones complejas, temor a generar un impacto emocional negativo en el paciente, incertidumbre sobre el pronóstico, presión por parte de los familiares que solicitan ocultar información al paciente, y miedo de transmitir de manera inadecuada información sensible (Francis y Robertson, 2023; Hancock *et al.*, 2007). Diversos trabajos identifican que el estrés y la falta de confort para lidiar con las respuestas emocionales actúan como una barrera; con frecuencia, esto puede provocar que el personal de salud evite hablar claramente sobre el estado del paciente. En un estudio que evaluó a oncólogos de distintas nacionalidades, se reportó un alto nivel de estrés y discomfort al dar malas noticias (sobre todo cuando ya no podían ofrecer opciones curativas) y tenían que lidiar con las respuestas emocionales de familiares y pacientes (Baile *et al.*, 2002; Hancock *et al.*, 2007). En ese estudio, se



reportó que la incomodidad se incrementa cuando los familiares solicitan al personal de salud no dar la información completa u ocultarla deliberadamente al paciente, fenómeno al que se le conoce como la conspiración del silencio (Chittem y Butow, 2015; Locatelli *et al.*, 2013). Asimismo, la falta de confort se ha asociado con la incapacidad del personal para contener el impacto que provoca dar este tipo de noticias, sobre todo con pacientes con quienes mantienen una relación muy cercana (Zhong *et al.*, 2023).

Se ha reportado que la cultura influye considerablemente en cómo el personal de salud transmite información a sus pacientes; esto abarca las preferencias, valores, significados a los que en cada nación o cultura se les da importancia con respecto a la información que se les brinda, incluyendo las malas noticias (Gysels *et al.*, 2012). En países como Alemania, por ejemplo, los pacientes oncológicos desean ser considerados en la toma de decisiones y se preocupan menos por el apoyo emocional que reciben por parte del personal de salud cuando les dan una mala noticia (Seifart *et al.*, 2014). En cambio, en países como Estados Unidos, prevalece una tendencia a informar directamente a los pacientes, para poder abarcar aspectos de autonomía y cubrir las obligaciones legales (Parsons *et al.*, 2007). En contraste, en muchas culturas no anglosajonas (como varios países latinoamericanos, incluido México) es habitual informar primero sobre el estado de salud al familiar antes que al paciente. Esto podría estar relacionado con dinámicas socioculturales donde la familia nuclear y extendida suelen participar de manera activa en el cuidado del paciente (Landa-Ramírez *et al.*, 2020; Locatelli, *et al.*, 2013; Maldonado *et al.*, 2019). En países como Italia o Japón, el personal de salud suele retener información si considera que el destinatario es más vulnerable, como lo podrían ser adultos mayores o niños (Locatelli, *et al.*, 2013; Parsons *et al.*, 2007). En países multiculturales, se ha reportado la importancia de que el personal de salud esté preparado para abordar con sensibilidad las diferencias lingüísticas, étnicas y culturales de pacientes y familiares (Grafft *et al.*, 2022; Shen *et al.*, 2018). Dentro de los aspectos culturales, también es importante considerar las creencias religiosas y espirituales dominantes de la persona y región, ya que pueden incidir en las restricciones, prácticas y expectativas de quién recibe la noticia o de cómo se esperaría que se transmita la información (Naimer y Prero, 2014; Piracha *et al.*, 2024), además de los rituales asociados a la transmisión de este tipo de noticias (Sulkes y Wein, 2012).

Diversos factores en familiares y pacientes pueden contribuir a una comunicación inadecuada con el personal de salud. Uno de los más relevantes es el distrés emocional que experimentan frente a la enfermedad. Tanto el paciente

como sus allegados enfrentan un proceso de adaptación que puede incluir una gran cantidad de reacciones emocionales, como estrés, miedo, incertidumbre, ansiedad, depresión y sobrecarga por el cuidado (Cui *et al.*, 2024; Hayes, *et al.*, 2023; Koyanagi, *et al.*, 2018; Pitceathly y Maguire, 2003). Estas reacciones influyen en que la toma de decisiones y cuidado del paciente se vean mermados por estas respuestas emocionales; incluso puede ocurrir que, de manera bien intencionada pero mal encausada, los familiares decidan no compartir de manera abierta las malas noticias con el paciente (Mulcahy *et al.*, 2023; Shin *et al.*, 2015; Walczak *et al.*, 2016). Además, el estilo de comunicación empleado en la familia influye en cómo se comparten las malas noticias. Por ende, es más probable que no se desarrolle una comunicación abierta en familias acostumbradas a ocultar sentimientos, evitar temas sensibles o que atraviesan problemas no resueltos en la dinámica familiar o entre los miembros de la familia (Goldsmith *et al.*, 2016; Walczak *et al.*, 2016). La investigación internacional destaca la importancia de identificar los estilos de afrontamiento con los que cuentan el paciente y la familia para anticipar su posible reacción ante una noticia difícil. Por ejemplo, un estilo de afrontamiento enfocado en la acción se asocia a un mejor ajuste emocional; por el contrario, un estilo orientado a la evitación suele vincularse con el deseo explícito de no querer saber nada de la enfermedad y con una menor disposición a comunicar sus deseos y emociones, lo cual constituye una barrera para una comunicación adecuada con el personal de salud (Havermans *et al.*, 2015; Pitceathly y Maguire, 2003).

Se ha descrito que un factor muy importante que impide una comunicación abierta y clara entre los familiares, pacientes y el personal de salud es la cantidad y la calidad de información que se les comparte, sobre todo cuando está muy cargada de jerga médica o se requiere repetir varias veces para su comprensión. Esta situación genera una discrepancia entre lo que el personal de salud dijo y lo que el familiar o paciente entendieron (Hancock *et al.*, 2007; Parker *et al.*, 2007). Este desacuerdo puede explicarse tanto por un estilo de comunicación ambiguo y con tendencia a enfocarse en lo positivo, por parte del personal de salud (Baile *et al.*, 2000; Hancock *et al.*, 2007). Asimismo, los pacientes o familiares suelen concentrarse en negar o disminuir la información amenazante, y a atender aquellos elementos de la información que les permitan mantener mayor esperanza (Fallowfield *et al.*, 2002; Hancock *et al.*, 2007).

De acuerdo con datos mundiales, es muy probable que varios de los pacientes y familiares presenten problemas psicopatológicos o psiquiátricos desde antes de iniciar una comunicación con el personal de salud, lo cual debe



considerarse cuando se comparten malas noticias. Los principales problemas de salud mental identificados incluyen depresión, ansiedad, psicosis, trastornos bipolares, y condiciones como autismo o trastorno por déficit de atención (GBD 2019; Mental Disorders Collaborators, 2022). De forma similar, cuando se evalúan problemas emocionales por medio de entrevistas taxonómicas, se observa que entre el 10% y el 30% de los familiares presentan trastornos psiquiátricos; ese número puede incrementar hasta un 50% si se aplican instrumentos de autorreporte (Pitceathly y Maguire, 2003; Rababa'h *et al.*, 2022). Lo mismo ocurre con los pacientes que se encuentran al final de la vida: se ha reportado depresión en un 16%; problemas de adaptación en un 19.4% y trastornos de ansiedad en 10.3% (Mitchell *et al.*, 2011). En pacientes con enfermedad cerebrovascular, se han identificado trastornos de depresión mayor en un 17%; distimia en un 3%, problemas de adaptación emocional en un 6.9%, ansiedad en alrededor del 10% y sintomatología depresiva en un 33% (Mitchell *et al.*, 2017). Estos problemas sin duda constituyen barreras para fomentar una comunicación abierta sobre la situación del paciente.

Finalmente, existe un fenómeno que puede impactar directamente la comunicación entre médico y paciente: se presenta cuando algún miembro de la familia se niega a revelar información sobre el estado de salud del paciente, no hay consenso entre los familiares para compartirlo con el paciente, o la familia pide directamente al personal de salud que no le informe al paciente sobre su estado de salud. Este fenómeno se conoce como la conspiración del silencio (Costello, 2000), y es más frecuente en países donde prevalece una cultura de informar primero a los familiares (Lazcano-Ponce *et al.*, 2020; Locatelli *et al.*, 2013), mientras que es mucho menos frecuente en países anglosajones, donde existe un marco legal y una cultura centrados en informar primero al paciente sobre su condición (Parsons *et al.*, 2007; Surbone, 2006).

En el caso específico de la comunicación de las malas noticias, en un estudio reciente (Sobczak *et al.*, 2018), se exploró la perspectiva de los pacientes o familiares al recibir una mala noticia dentro del sector salud. A partir de sus experiencias, se identificaron diversos problemas: una comunicación poco clara, ya que al menos la mitad de los entrevistados reportaron que el personal de salud utilizó jerga médica difícil de comprender, minimizó la gravedad del problema, no incentivó al paciente para plantear preguntas o profundizar en sus conocimientos sobre la enfermedad, y no informó de manera adecuada sobre fuentes de información adicionales. Además, se constató la percepción de que el personal de salud dedicó poco tiempo a pacientes y familiares durante la transmisión

de la noticia y entre el 39 y el 50% consideró que el personal de salud no se centró totalmente en ellos, no mostró interés en su respuesta emocional y no generó confianza ni interés por aliviar su preocupación. Finalmente, hasta el 12% de los pacientes, manifestaron haber percibido falta de honestidad por parte del personal de salud al compartir la información. Todas estas deficiencias influyeron en que, al menos en la mitad de los casos, los pacientes optaron por no seguir un tratamiento o eligieron cambiar de médico.

La información previamente presentada es muy similar a lo que un estudio reciente (Brouwer *et al.*, 2021) reportó sobre el caso específico de la comunicación de malas noticias a los papás de pacientes pediátricos. Identificaron que existe ambigüedad en la comunicación, sobre todo cuando se habla de la posible gravedad, tratamiento y supervivencia de los pacientes pediátricos. Mencionan que los médicos no piden la opinión de los padres, no se aseguran de que estén preparados para recibir la información, o bien los médicos no están preparados para ofrecer información cuando existe incertidumbre. Además, reportan que, en muchas ocasiones, la noticia se comunica a personas no conocidas por el personal de salud, lo cual resta intimidad; no se brinda tiempo necesario a los padres para procesar la información o tomar decisiones; y se presentan desacuerdos respecto de qué tanta información se le debe compartir al infante. Asimismo, se han identificado barreras importantes como: ofrecer falsas esperanzas, dar información contradictoria y usar un lenguaje corporal que evite el contacto visual o denote incomodidad o “culpa” (Meert *et al.*, 2008).

*Margarita tenía 67 años y un cáncer gástrico avanzado. Había pasado los últimos tres meses entre quimioterapias y otros procedimientos. Su hijo mayor era quien se encargaba de hablar con los médicos. Él siempre pedía lo mismo:*

*—Doctores, por favor, no le digan a mi mamá que el cáncer se ha regado. Ella no lo soportaría. No le digan que ya no hay tratamiento. Todavía tiene esperanza.*

*El equipo médico, con la presión de la familia, accedió. El oncólogo solía justificarlo con frases como: “es lo mejor para ella”, “no ganamos nada diciéndole”, “la familia manda”, por lo que daba respuestas ambiguas a la paciente:*

(Continúa)



(Continuación)

*—Estamos haciendo todo lo posible, doña Margarita. Hay que seguir con fe.*

*Un día, Margarita comenzó a sangrar. Durante una madrugada lúcida, en voz baja y mirando a la joven residente de guardia preguntó:*

*—¿Por qué nadie me ha dicho que me estoy muriendo? Yo no soy tonta.*

*La residente se quedó muda. Sintió un nudo en la garganta, sudor frío y la certeza de que nadie la preparó para esa pregunta.*

*Margarita falleció. En el fondo sabía lo que pasaba, pero nunca habló con sus hijos de despedida.*

Como se ha observado, son numerosos y diversos los factores involucrados en la incorrecta comunicación de malas noticias dentro del sector salud. La identificación y el abordaje honesto de estas barreras permitirá al personal de salud sentar las bases necesarias para comenzar a superar estos obstáculos al momento de enfrentar la labor de comunicar este tipo de información. Además, resulta igualmente importante identificar los factores que sí favorecen una adecuada comunicación entre el personal de salud, el paciente y su familia. Por ello, en el siguiente capítulo se ofrecerá una perspectiva enfocada en aquellos elementos que deben promoverse, así como los protocolos que facilitan la transmisión de este tipo de mensajes.