



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Julia Mendoza Granada

Tutor: Manuel González Cabrera
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Julia Mendoza Granada

Tutor: Manuel González Cabrera
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Mayo, 2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a mi tutor Manuel González, por su implicación, interés y constante seguimiento en la realización de este trabajo, y por la ayuda que me ha aportado sin la cual no sería posible el cumplimiento de los objetivos planteados.

A mis padres y mi hermano, por su constante e incondicional apoyo y ánimo durante estos últimos meses, y también a lo largo los cuatro años de carrera. Gracias por confiar en mí y apoyarme a cumplir mis sueños.

A todos los profesionales, tanto profesores como enfermeras que he conocido durante la carrera, por aportarme conocimientos y valores humanos que me han hecho crecer profesionalmente y como persona.

Y finalmente, quiero agradecer a aquellas personas que me han apoyado siempre durante esta etapa y han estado a mi lado para darme fuerzas cuando las he necesitado.

ÍNDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT	6
2. INTRODUCCIÓN	8
2.1 Marco teórico	8
2.1.1 <i>La comunicación</i>	8
2.1.1.1 <i>¿Qué significa comunicarse?</i>	8
2.1.1.2 <i>Elementos de la comunicación</i>	8
2.1.1.3 <i>Tipos de comunicación</i>	9
2.1.1.4 <i>Habilidades para una comunicación eficaz</i>	9
2.1.1.5 <i>La comunicación y la relación enfermera-paciente</i>	10
2.1.2 <i>La comunicación de malas noticias (CMN)</i>	11
2.1.2.1 <i>¿Qué se considera una mala noticia (MN)?</i>	11
2.1.2.2 <i>Concepto de CMN</i>	12
2.1.2.3 <i>Marco legislativo</i>	13
2.1.2.4 <i>Epidemiología y las MN</i>	14
2.1.2.5 <i>Dificultades y barreras en la CMN</i>	16
2.1.3 <i>Metodología de la CMN</i>	18
2.1.3.1 <i>La formación de enfermería en CMN</i>	18
2.1.3.2 <i>Papel de la enfermera en CMN</i>	18
2.1.3.3 <i>Métodos estandarizados para la CMN</i>	19
2.2 Justificación	20
3. OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo general	21
3.2 Objetivos específicos	21
4. METODOLOGÍA	22
4.1 Diseño	22
4.2 Criterios de inclusión y exclusión	22
4.2.1 <i>Criterios de inclusión</i>	22
4.2.2 <i>Criterios de exclusión</i>	22
4.3 Estrategia de búsqueda	23

4.4 Diagrama de flujo.....	30
4.5 Manifiesto de conflicto de intereses.....	31
5. RESULTADOS.....	31
5.1 La función de la enfermera en la CMN.....	31
5.2 Las dificultades de los profesionales de enfermería en la CMN.....	36
5.3 Cómo dar las MN y el uso de protocolos.....	36
5.4 Empleo de escalas de evaluación en el uso de los protocolos	40
6. DISCUSIÓN.....	42
6.1 Limitaciones.....	48
7. CONCLUSIONES.....	49
8. BIBLIOGRAFÍA.....	52
9. ANEXOS.....	58
9.1 Anexo 1 Tablas de evaluación de artículos	58
9.2 Anexo 2 Resultados sobre las dificultades de los profesionales de enfermería en la CMN	65
9.3 Anexo 3 Guía práctica IGAD	70
9.4 Anexo 4 Protocolo SPIKES o EPICEE.....	70
9.5 Anexo 5 Protocolo BREAKS	71
9.6 Anexo 6 Protocolo de Bennett & Alison.....	72
9.7 Anexo 7 Modelo SPIKES ENFERMERA	72
9.8 Anexo 8 Modelo ABCDE	73
9.9 Anexo 9 Cuestionario GATHA BASE	74
9.10 Anexo 10 Cuestionario GATHA-RES	79
9.11 Anexo 11 Cuestionario CICAA.....	80

1. RESUMEN Y ABSTRACT

RESUMEN

La comunicación de malas noticias (CMN) es una de las tareas que más preocupan a los profesionales de salud por el valor de la información que se transmite. Para facilitar la CMN se han desarrollado protocolos estandarizados que sirven de guía para los profesionales, aunque la calidad de su aplicación se ha cuestionado en los últimos años. La CMN ha sido una responsabilidad ligada a la disciplina médica, pero recientemente enfermería ha ganado importancia por su implicación y desarrollo de actividades en este proceso, demostrando ser una figura fundamental. Es por ello, que los objetivos de este trabajo son identificar la función de las enfermeras en la CMN y conocer las formas de actuar ante una mala noticia. Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones comprendidas entre 2000 y 2015 en las bases de datos: Medline, Pubmed, Cinhal, Lilacs, Cuiden, Scielo y Google académico, obteniendo un total de 47 artículos para su análisis. Los resultados muestran que la relación enfermera-paciente sitúa a la enfermera como un referente de confianza y apoyo para el paciente, y su implicación antes y después de la comunicación es clave, aunque la revelación de la información sigue siendo reservada para los médicos. Se recomienda un abordaje de la CMN coordinado y multidisciplinar por profesionales capacitados en habilidades comunicacionales, a través de un enfoque donde los protocolos existentes como el “SPIKES” o “ABCDE” se adapten a las características específicas del paciente, contexto y experiencia profesional. En conclusión, a pesar de la relevancia del papel de la enfermera en la CMN, éste frecuentemente no es reconocido ni valorado y se necesitan más estudios realizados por enfermeros. Se discute la necesidad de fomentar un entrenamiento formal de las enfermeras en CMN para facilitar y mejorar la calidad de la comunicación y aplicación de guías estandarizadas, así como el desarrollo de métodos para evaluar la calidad con que se dan las MN e identificar posibles mejoras de los protocolos.

Palabras clave: *comunicación, malas noticias, enfermería, protocolos, revelación, evaluación.*

ABSTRACT

Breaking bad news (BBN) is one of the tasks that most worries to health professionals because of the value of the information transmitted. Standardized protocols have been developed in order to help BBN, which serve as a guide for professionals, although the quality of its application has been questioned for the last years. BBN has been a responsibility linked to the medical discipline, but recently, nursing has achieved an important role for their involvement and development in activities in this process, proving to be an essential component. For these reasons, the aims of this study consist on identifying the role of nurses on BBN and knowing the ways of breaking bad news. It has been developed a literature review of publications between 2000 and 2015 in the databases: Medline, Pubmed, Cinhal, Lilacs, Cuiden, Scielo y Google scholar, resulting in a total of 47 articles for analysis. The results show that the nurse-patient relationship places nurses as a trusted person and support for the patient, and their involvement before and after of communication is key, even though the disclosure of the information is still reserved for physicians. A coordinated and multidisciplinary approach by professionals trained in communication skills is recommended, through a procedure in which protocols such as "SPIKES" or "ABCDE" are adapted to the specific patient characteristics, inside of context and professional experience. In conclusion, despite the importance of the role of nurses in the BBN, this is often not recognized or valued and more studies are needed by nurses. It is discussed that promotion of formal training of nurses in BBN could help and improve the quality of communication and application of standardized protocols, so as to the necessity of developing methods to assess the quality how bad news are given and identify possible improvements protocols.

Keywords: *communication, bad news, nursing, protocols, disclosure, evaluation.*

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Marco teórico

2.1.1 *La comunicación.*

2.1.1.1 *¿Qué significa comunicarse?*

Los seres humanos somos seres sociales por naturaleza, vivimos en comunidad y en continua interacción, por lo que la comunicación es algo imprescindible e inevitable para vivir. En 1967, el teórico y psicólogo Watzlawick P⁽¹⁾ enunció en uno de sus característicos axiomas que “es imposible no comunicar”, por lo que se puede afirmar que todo comportamiento humano es comunicativo.

Antes de referirnos a la comunicación en enfermería, debemos definir el significado de la palabra comunicación. La Real Academia Española (RAE)⁽²⁾ aporta el significado de comunicación como la “acción y efecto de comunicar o comunicarse”, así mismo, comunicar significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo, conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito”.

No podemos considerar la comunicación como un simple manejo de información. Los nuevos modelos de comunicación abogan por una comunicación activa y bidireccional de la información, ya que ésta exige un intercambio constante de mensajes.

2.1.1.2 *Elementos de la comunicación.*

El acto comunicativo lo conforman una serie de elementos básicos⁽³⁾, y éstos son:

- Mensaje: aquella información que el emisor pretende hacer llegar al receptor.
- Emisor: es quien elige el mensaje, su contenido y a quien va dirigido.
- Receptor: es quien descifra, decodifica e interpreta el mensaje y da una respuesta.
- Canal: es el medio por el cual se recibe un mensaje y puede ser tanto natural (aire o luz), como el medio técnico empleado (impresión, telegrafía, radio, teléfono, televisión, ordenador, etc.)
- Código: conjunto de signos que se utilizan para codificar el mensaje.
- Contexto: circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje.

Partiendo desde un enfoque de la salud, se puede relacionar los elementos de la comunicación anteriores con el contexto sanitario⁽⁴⁾:

- Un prestador de servicios (enfermería), que puede desempeñar el papel tanto de emisor de información como receptor de la misma.
- Un receptor de servicios (paciente), que puede ejercer de ambos roles.
- Un entorno (ámbito sanitario), que trata del contexto de la situación y donde se enmarca la información, pues es evidente que el mensaje tratará sobre la salud.

2.1.1.3 Tipos de comunicación.

La comunicación presenta dos modelos de acción: verbal y no verbal, y ambas están estrechamente relacionadas entre sí.

La comunicación verbal⁽⁵⁾ es la expresada mediante palabras ya sea de manera hablada o escrita, utilizando un determinado lenguaje común para quienes participan en el proceso y un mensaje adaptado al contexto. Por otro lado, la comunicación no verbal⁽⁵⁾ es aquella que complementa a la comunicación verbal, pero no por ello menos importante, ya que solo el 30% del contenido del mensaje se transmite por medio de palabras. La comunicación no verbal consiste en el intercambio de un mensaje sin emplear palabras, es decir, a través del lenguaje corporal mediante la apariencia, el contacto físico, la proximidad física o la distancia interpersonal, la orientación o disposición en el espacio, la postura corporal, los gestos, la expresión facial y el contacto visual. Esta modalidad es realmente importante, en especial en situaciones de crisis cuando las palabras pueden fallar o no ser suficientes para transmitir lo que se siente. Dentro de la modalidad no verbal se incluye la comunicación paraverbal, que trata de aquella que hace referencia a las variaciones en el uso de la voz, es decir, la entonación, énfasis, velocidad, tono de voz, pausas, etc.

2.1.1.4 Habilidades para una comunicación eficaz.

La comunicación es clave en el éxito o fracaso de nuestra interacción con los demás, y por lo tanto de nuestro resultado y productividad profesional. De manera que la destreza para la comunicación es una parte integral de todo el proceso de enfermería. Para lograr una comunicación eficaz y de calidad se requieren una serie de características o habilidades⁽⁶⁾ que entran en juego en el proceso comunicativo:

- a. Flexibilidad: consiste en la capacidad de adaptación del emisor al contexto que pueda presentarse para transmitir un mensaje. El empleo de la flexibilidad demuestra sensibilidad a los estímulos del ambiente, conocimiento del estado del

paciente con quien se comunica, respeto por sus necesidades y sentimientos, y habilidad para responder adecuadamente a la situación.

- b. Agudeza: implica el involucramiento positivo del profesional para que el proceso comunicativo sea exitoso.
- c. Receptividad: es el arte para recibir estímulos y para captar mensajes, respuestas y la presencia del paciente.
- d. Preparación cuidadosa: significa la interpretación minuciosa de la información que proporciona el paciente y responder apropiadamente.
- e. Estímulo: consiste en proporcionar ayuda, promover valentía e inculcar esperanzas. Es lo que viene a significar “hacerse sentir”.
- f. El uso del silencio: se trata de utilizar el silencio en determinadas situaciones, en las cuales las palabras no son la mejor opción. En ciertos momentos, el uso del silencio con cordura puede ser tan eficaz y dar tanto respaldo como las palabras, es lo que se conoce como el uso terapéutico del silencio.

2.1.1.5 La comunicación y la relación enfermera-paciente.

Desde comienzos de la enfermería con Florence Nightingale ya se reflexionaba sobre la relevancia y la necesidad de la comunicación. Más tarde, Hildegard Peplau sostenía que la comunicación era la base del modelo enfermero, definiendo el rol de enfermería como la capacidad de conocer y comprender la conducta y los sentimientos del paciente para así prestar los cuidados. Posteriormente aparecieron la teoría de las necesidades de Virginia Henderson y la teoría general de enfermería de Dorothea Orem, las cuales relacionan la parte psicosocial del ser y proponen el establecimiento de un determinado tipo de relación según la necesidad (de ayuda, suplencia, apoyo, etc.) entre enfermera y paciente. Entra en juego pues la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores morales y éticos del ser humano⁽⁴⁾.

Con el nacimiento de la bioética y su reflejo en el campo de la salud, se toma conciencia de valores como la dignidad de la persona, la justicia, la intimidad, la verdad o el afecto, que supuso cuestionarse sobre sistema biomédico e instrumentalizado. En 1959 surge el término “relación terapéutica”, por influencia de las corrientes psiquiátricas emergentes en Estados Unidos. Se definió “relación” como los medios para conseguir un efecto, y “terapéutica” como el efecto que se pretende conseguir. Posteriormente se ha ido desarrollando al igual que lo ha hecho el concepto de salud y el de disciplina enfermera, centrándose en la actualidad en el individuo como ser biopsicosocial⁽⁴⁾.

La enfermería es un proceso de interacción social que pretende una mejora en el estado de salud de los pacientes utilizando un diálogo terapéutico adecuado. A través de la relación con el paciente⁽⁷⁾, la comunicación en enfermería tiene como finalidad la recogida y obtención de información, proporcionar seguridad, comprensión y apoyo al paciente, establecer una relación de colaboración enfermera-paciente y la transmisión de información, sentimientos, valores, etc.

2.1.2 *La comunicación de malas noticias (CMN).*

La habilidad de los profesionales de enfermería para comunicarse con los pacientes está íntimamente relacionada a la hora de dar malas noticias en el ámbito sanitario. Uno de los pilares fundamentales para desarrollar esta labor es crear una adecuada relación terapéutica con el paciente, que nos permita una mejor calidad asistencial y darle verdadero significado al cuidar del paciente.

En la práctica sanitaria se dan situaciones en las que se debe informar a los pacientes sobre su estado de salud. Tal vez la CMN sea una de las tareas más complejas en el proceso de comunicación enfermera-paciente⁽⁸⁾, de hecho, se está de acuerdo que la "comunicación de la verdad" cuando se trata de una "mala noticia" es una situación especialmente compleja en la práctica profesional. Esta situación paradigmática es considerada entre las denominadas "situaciones difíciles" o "de reto clínico" debido principalmente a que es un proceso relacional y emocional, donde los profesionales no sólo forman parte de la escena, sino que son protagonistas junto a pacientes y familiares.

Dentro del marco comunicacional en las ciencias de la salud, la CMN va más allá de la simple transmisión de información, considerándose como "el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud"⁽⁹⁾.

2.1.2.1 *¿Qué se considera una "mala noticia" (MN)?*

El repertorio de posibles MN es muy extenso en lo que respecta a las cuestiones de salud, pero cualesquiera de ellas tienen en común que suponen un cambio en el estado de salud de la persona que la recibe. Existe una gradación en las MN y atendiendo a su gravedad podemos clasificarlas⁽¹⁰⁾:

→ La MN que más impacto tiene en los pacientes es aquella que supone la finitud de la vida por un diagnóstico determinado. En este conjunto se incluye el cáncer,

enfermedades autoinmunes irreversibles, enfermedades incurables, lesiones que interfieren con la vida y cualquier problema de salud que eventualmente pondrá fin a la vida humana.

- Aquellas que pueden asociarse a diagnósticos menos “severos”, como por ejemplo ciertas enfermedades crónicas (diabetes), incapacidades o pérdidas funcionales (impotencia) o tratamientos cruentos o difíciles de cumplir, que suponen una modificación de la vida normal del paciente y a la cual debe adaptarse.
- La MN puede estar relacionada con información que aparentemente para el profesional es banal o neutra. Depende entonces factores específicos y personales de cada paciente y que por lo tanto son subjetivos. Por ejemplo, la MN puede ser tal por darse en un momento inoportuno o que provoque un cambio en la vida normal de la persona que la recibe. Las reacciones a la MN dependen también de la edad, las obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores y las creencias, etc. de los pacientes.

Así pues, la MN tiene al menos un componente objetivo (la “severidad” de la MN cuando informamos de enfermedades “graves”) y otro componente subjetivo, que depende del propio paciente. Por ello, los pacientes responden a las MN influenciados en gran medida por el contexto psicosocial en el que viven y cada persona percibirá la MN otorgándole un sentido y valor diferente. En definitiva, una MN es un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona con respecto a su futuro⁽¹⁰⁾.

2.1.2.2 Concepto de Comunicación de Malas Noticias (CMN).

Resulta complejo establecer una única definición que plasme todas las situaciones que implica una MN. El concepto de MN desde la perspectiva de la salud más aceptado por la mayoría de los autores es el de Buckman R⁽¹¹⁾: “aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”. Otra definición más completa es la de Ptacek J⁽¹²⁾, que la define como “toda comunicación relacionada con el proceso de atención que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso”. Autores como Almanza J.J⁽¹³⁾, han entendido la CMN desde el punto de vista de la adaptación, y afirma que “existe un vínculo entre recibir MN y el despliegue

de la capacidad de Coping”, la cual es definido por la autora Rowland J⁽¹⁴⁾ como “el enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación donde el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida”.

El término de MN es definido también por autores como Días L⁽¹⁵⁾, para quien se trata de “cualquier información que afecta adversa y seriamente la visión del individuo de su futuro”, mientras que Bor R et al⁽¹⁶⁾ la plantea como una “situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza al bienestar mental o físico de la persona o donde el mensaje transmite pocas opciones de vida”.

Generalmente, los profesionales de la salud tienden a considerar lo que es importante para ellos mismos y no lo que estiman banal, olvidando que quien decide si es o no una MN es la persona que se ve afectada por esa información. Este argumento lleno de sentido común en el terreno teórico es a veces olvidado en la práctica ⁽¹⁷⁾.

2.1.2.3 Marco Legislativo.

El marco legislativo que contempla la CMN se recoge en los artículos 10 y 11 del capítulo II: La Enfermería y el ser humano, deberes de las Enfermeras/os de El Código Deontológico de Enfermería:

- Artículo 10: “es responsabilidad de la enfermera mantener informado al paciente, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando este se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje sencillo y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”⁽¹⁸⁾.
- Artículo 11: “la enfermera deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información no se incluya en el nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado”⁽¹⁸⁾.

Desde las últimas décadas del siglo pasado, el debate acerca de que los pacientes pudieran disponer de toda la información sobre su salud, se ha traducido en leyes que garantizan a la persona el derecho a saber. En España la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que regula el acceso del paciente a la información y el proceso que deben seguir los profesionales en el manejo de estas situaciones es un ejemplo de ello. El punto 6 del artículo 1 dice que: “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta ejecución de sus técnicas, sino también al cumplimiento de

los deberes de prestación de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”⁽¹⁸⁾.

Algunas investigaciones han desmitificado la idea de que el revelar la información al paciente produce un mayor daño que beneficio. Según algunos estudios^(19,20) el 75% de los pacientes informados habla claramente de su enfermedad y de sus consecuencias, mientras que solo el 25% de los no informados hace lo mismo. Los pacientes que conocen su diagnóstico, no sólo no pierden la esperanza, sino que muestran más confianza y colaboración en el cuidado y atención que reciben.

2.1.2.4 Epidemiología y las MN.

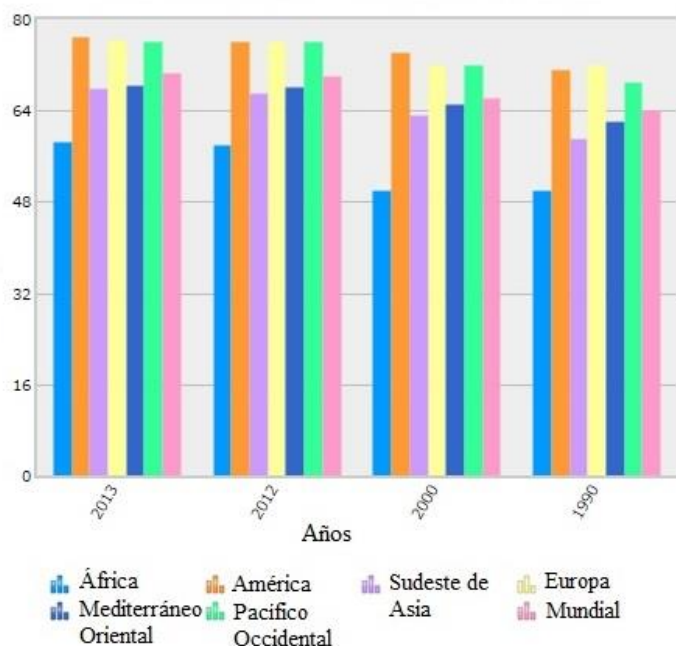
Las MN llevan existiendo desde siempre en cuanto a la salud, pero es cierto que en los últimos años han cobrado especial relevancia debido al aumento de la frecuencia con que se dan ⁽²¹⁾. Este hecho está íntimamente relacionado con los datos epidemiológicos actuales.

Según la OMS⁽²²⁾, en 2013 la esperanza de vida al nacer a nivel mundial era de 71 años (**Figura 1**), por lo que claramente se refleja un aumento con respecto a 1999 que rondaba los 64 años. En general en todas las regiones del mundo se ha producido un incremento de la esperanza de vida en mayor o menor medida, fruto de los avances en salud, calidad de vida, situación socioeconómica, desarrollo, etc. En lo que respecta a España, los datos de la OMS muestran que en 2013 la esperanza de vida se situaba en 83 años de edad, por encima de la media europea que se establece en torno a los 76 años.

El aumento de la esperanza de vida ha traído consigo el diagnóstico de ciertas enfermedades, que antes por cuestiones de edad no llegaban a diagnosticarse con tanta frecuencia. A nivel mundial en el año 2012, las principales causas de mortalidad según la OMS eran por orden de mortalidad de mayor a menor: las enfermedades isquémicas del corazón (13.2%), los accidentes cerebrovasculares (11.9%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5.6%), infecciones respiratorias (5.5%) y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (2.9%). Si comparamos estos datos con los del año 2000, podemos observar que tanto las enfermedades isquémicas del corazón (11.3%) y los ACV (10.7%) seguían ocupando los primeros puestos, pero en tercer lugar se situaban las infecciones respiratorias (6.6%) y en cuarto y quinto lugar la enfermedad de EPOC (5.8%) y enfermedades diarreicas (4.1%) respectivamente. El cáncer se encontraba entre las enfermedades que causasen más mortalidad en estos años, y esto se relacionaba con una

menor esperanza de vida. Los datos de la OMS de 2012 reflejan que en Europa las enfermedades isquémicas del corazón se sitúan en la primera causa de muerte (24.5%), seguidas de los accidentes cerebrovasculares (14%), las enfermedades de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (4.4%), la EPOC (2.8%) y el cáncer de colon y recto (2.7%) (23).

Figura 1. Esperanza de vida por región para ambos sexos.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014)⁽²²⁾.

En el año 2012 se produjeron en España 402.950 defunciones. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte con respecto a años anteriores (causó 30,3 de cada 100 defunciones), seguida del cáncer (27,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%). Las enfermedades del sistema nervioso, entre las que se encuentra el Alzheimer, fueron la cuarta causa de muerte (5,5%). Por edad, la principal causa de muerte entre las personas de 1 a 14 años y de 40 a 79 años fueron los tumores (con tasas de 3,2 y 314,8 por cada 100.000 personas, respectivamente). Entre las personas de 15 a 39 años el motivo de mortalidad más frecuente fueron las causas externas (15,4 por cada 100.000 personas) y para el grupo de mayores de 79 años las enfermedades del sistema circulatorio (3.391,2 fallecidos por cada 100.000 personas)⁽²⁴⁾.

Estas cifras reflejan que las enfermedades que causan mayor mortalidad tanto a nivel mundial, europeo como en España son enfermedades comunicables, cuyo diagnóstico se

le transmite al paciente en un momento dado. Es trascendental conocer estos datos que nos indican que la CMN está muy presente en el contexto de salud actual y que cada vez es más frecuente el número de MN que se dan a las personas por las características de los diagnósticos que afectan a la sociedad.

2.1.2.5 Dificultades y barreras en la CMN.

Los factores que dificultan la CMN pueden desarrollarse en el ambiente sociocultural, del paciente o del propio profesional⁽²⁵⁾.

✓ Factores del paciente.

Hoy en día, decir la verdad se considera un deber ético y derecho legal. El antiguo modelo paternalista/proteccionista se ha superado en el ámbito de los cuidados de salud, de manera que ahora el paciente tiene el derecho reconocido de solicitar al personal sanitario que le explique su enfermedad, sus posibilidades de curación, etc., para poder ser copartícipe de las decisiones terapéuticas y ser escuchado.

La literatura sobre CMN apunta a que la mayoría de los pacientes demandan cada vez más información adicional sobre su estado de salud, sus posibilidades de curación, los efectos secundarios del tratamiento y una estimación realista de cuánto tiempo van a vivir. Estudios⁽²⁶⁾ realizados en diversos países del mundo señalan que la mayoría de los pacientes quieren saber la verdad sobre su estado de salud. La proporción de pacientes en países como Japón (86%), Argentina (80%), Nepal (80%) Taiwán (92%), Polonia (82%), afroamericanos (87%), estadounidenses de origen europeo (89%), estadounidenses de origen asiático (47%) y estadounidenses de origen mexicano (65%) desean conocer la verdad en lo que respecta a su salud. En España las cifras rondan en torno al 58% de la población, lo que deja constancia de que una parte considerable de pacientes no quiere saber cuál va a ser la información que se le va a dar. Los pacientes que no quieren información sobre su diagnóstico implica la tarea añadida de identificar a este subgrupo de pacientes, indagando acerca de su voluntad acerca de querer saber, antes de plantearse la revelación de la información.

Muchos estudios hablan de la influencia de las variaciones culturales de los pacientes⁽²⁷⁾. Los valores occidentales promueven el principio de autonomía del paciente y la evidencia señala que en países de América del norte y Europa el diagnóstico se expresa con más frecuencia. Por otro lado, culturas donde los lazos familiares son fuertes y las familias

son predominantemente patriarcales, como el este de Europa o China, la toma de este tipo de decisiones queda reservada para el cabeza de familia y algunos pacientes están excluidos de recibir información sobre su enfermedad.

✓ Factores socioculturales.

Los avances tecnológicos en medicina han creado unas expectativas terapéuticas exageradas o quiméricas, donde se piensa que la medicina todo lo puede tratar y curar: “todo tiene cura y hay una cura para todo”. Es necesario que la sociedad sea consciente de que a pesar de los avances siguen existiendo situaciones irreversibles donde las posibilidades de vida son muy escasas.

Los profesionales además deben de explicar conceptos complicados de una forma comprensible para el paciente y la familia⁽²⁷⁾. El nivel cultural del paciente y de la familia está íntimamente relacionado con esta barrera. Como se han observado en ciertos estudios⁽²⁸⁾ las personas con un nivel de estudios universitarios además de preferir la presencia de la pareja, demandan información más detallada sobre su salud, las opciones de tratamiento y la esperanza de vida; en contraposición las personas con un nivel de estudios inferior se decantan por la presencia de la familia y demandan menos información.

✓ Factores del personal sanitario.

Algunos profesionales creen que tienen el deber de proteger a los pacientes de la angustia emocional y la desesperanza, incluso a costa de privarlos del conocimiento de su estado de salud⁽²⁹⁻³¹⁾. Otros estudios indican, sin embargo, que el dar información a los pacientes no necesariamente causa ansiedad, desesperanza, miedo, depresión o insomnio, e incluso puede hasta mejorar su propio estado y su relación con familiares y el equipo terapéutico⁽³²⁾. El hecho de privar a los pacientes de tomar sus propias decisiones puede desembocar en angustia, tensión emocional y física, y conducir a la desesperación y la ansiedad, aumentando así los costes de la situación. Cuando el equipo terapéutico puede reconocer con éxito los conflictos clínicos, psicológicos y sociales del paciente, se puede evaluar el cómo se debe de realizar el manejo de la MN y ayudar a establecer una comunicación efectiva con el paciente.

La evidencia literaria muestra que las enfermeras presentan ciertas dificultades a la hora de CMN a los pacientes, y que la forma en que un profesional transmite una MN deja una

marca indeleble en la relación entre ambos ⁽²⁸⁾. Conocer cuáles son estos obstáculos es esencial para actuar sobre ellos y mejorar este acto comunicativo con el fin de propiciar sentimientos y actitudes positivas tanto en el paciente como en la enfermera.

2.1.3 Metodología de la CMN.

2.1.3.1 La formación de enfermería en CMN.

La CMN no se caracteriza precisamente por su sencillez, sino que es un proceso complejo que necesita un abordaje integral por parte del profesional que lo realiza, de manera que la enfermera debe de estar dotada de los conocimientos y habilidades para realizar tal intervención. Un estudio⁽³³⁾ realizado a médicos y enfermeras para evaluar su autopercepción en habilidades para la CMN señala que consideran importante desarrollar la habilidad de CMN (con una calificación de 4.86 en una escala de Likert de 5 puntos, donde 1 representa que no es importante y 5 muy importante). Los encuestados también coincidieron en que estas habilidades eran enseñables (3.97/5) y que la educación formal en la CMN es importante (4.16/5).

Aunque estas habilidades de comunicación tienen un componente cognitivo y teórico, ciertas destrezas comunicativas deben de ser enseñadas mediante el uso de la experiencia y no sólo a través de un método didáctico. La habilidad para comunicarse adecuadamente es una capacidad que se aprende, y todos tenemos la posibilidad de aprender o mejorar las habilidades de comunicación si se sigue la metodología apropiada y se recibe una formación⁽³⁴⁾.

2.1.3.2 El papel de la enfermera en la CMN.

Almanza J.J⁽¹³⁾ señala que la CMN estaba centrada principalmente en el paciente y en el médico, sin embargo, concluía su estudio diciendo que se estaba creando “un campo de conocimiento propio que va ganando terreno tanto a nivel de la disciplina del médico como en la práctica clínica cotidiana a nivel del grupo médico y de enfermería y con la participación creciente de todo el equipo de cuidados psicosocial”. Esto refleja cómo enfermería ha ido abriéndose paso en el terreno de la CMN.

En el marco de una actual filosofía de atención centrada en el paciente, profesionales de la salud pertenecientes a diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) trabajan en sintonía para dar MN y hacer frente a las consecuencias que esto conlleva⁽²⁶⁾. Como integrantes del equipo terapéutico, las enfermeras juegan un

papel muy valioso y pueden desempeñar una función clave en la entrega de MN. Basándonos en los principios éticos y el principio de beneficencia, tienen el deber de proporcionar toda la información al paciente y no privarlo de su derecho a decidir y tomar parte en su estado de salud⁽³²⁾. El personal de enfermería se relaciona directamente con las personas en momentos de tensión, preocupación, gozo y aflicción. Es en estos momentos cuando el papel de la comunicación desde enfermería cobra especial relevancia⁽³⁵⁾, debido al efecto que produce en los pacientes. Su intervención profesional puede ser mínima, moderada o grande dependiendo de la circunstancia, y puede ser determinante a la hora de comunicar al paciente una MN, contribuyendo positivamente al afrontamiento de la situación y su salud.

2.1.3.3 Métodos estandarizados para la CMN.

La importancia de una CMN adecuada no puede ser infravalorada y se reitera a lo largo de la literatura. La investigación ha demostrado que si las MN se comunican mal pueden causar confusión, angustia y resentimiento en las personas que la reciben. Por otro lado, si se comunican bien puede llevar a la comprensión, la aceptación y el ajuste del paciente a la situación⁽³⁶⁾.

Consecuentemente, surge la necesidad de crear una metodología estandarizada que guíe a los profesionales sobre cómo se deben dar las MN. Los protocolos para la CMN han sistematizado los hallazgos de la investigación empírica obteniendo como resultado un procedimiento que estructura la comunicación con el paciente. La tarea de la entrega de MN puede ser así mejorada entendiendo las etapas a seguir y aplicando adecuadamente los principios sobre comunicación⁽³⁷⁾. Los protocolos tienen la función de estructurar y organizar el proceso comunicativo de manera eficiente y eficaz. Para conseguir cumplir con éxito cada fase del proceso, se deben de seguir ciertas recomendaciones en términos de conducta verbal y no verbal o tener nociones sobre habilidades para una comunicación eficaz⁽⁸⁾.

Actualmente se dispone de protocolos para enfrentar “situaciones o conversaciones difíciles” en salud en lo que respecta a la CMN. Las pautas elaboradas sugieren una serie de pasos similares cuyos objetivos son semejantes⁽⁸⁾:

- Indagar en el conocimiento y expectativas del paciente sobre su situación de salud.
- Conocer la predisposición del paciente para escuchar la información y ofrecérsela según sus preferencias.

- Proporcionar apoyo emocional, reduciendo los efectos que pueda provocar la CMN.
- Fomentar la colaboración del paciente en el plan de trabajo conjunto.

La existencia de protocolos para la CMN es evidente al igual que su utilización en la práctica sanitaria, sin embargo, los investigadores han comenzado a interesarse sobre qué aspectos determinan si estos protocolos se cumplen correctamente o no. Las actividades relacionadas con la CMN y los resultados de su ejecución son el producto de un correcto seguimiento de estos protocolos. Por lo tanto, la necesidad del empleo de escalas de evaluación de calidad está íntimamente ligado a la aplicación de los protocolos de CMN, de manera que cercioren un correcto uso de los mismos y evalúen a los profesionales que los desarrollan. La existencia de estas escalas de evaluación y su empleo es un hecho relativamente novedoso sobre el que se ha empezado recientemente a investigar.

2.2 Justificación

La CMN es una tarea muy importante en la práctica de los profesionales sanitarios, pero sobre todo difícil y comprometida. Actualmente ha cobrado especial relevancia y ha aumentado la frecuencia con que se dan las MN, debido al diagnóstico de enfermedades que comprometen la vida (por ejemplo, el cáncer), resultados anormales de exámenes, malos pronósticos y resultados adversos de los tratamientos, entre otros⁽³⁷⁾.

Tradicionalmente, el colectivo médico ha sido el responsable de la CMN y solo ellos asumían esta tarea. Sin embargo, con el avance de la práctica de enfermería, las enfermeras han empezado a ser valoradas e integradas en el desarrollo de la CMN. Esto reconoce a la enfermería como una parte activa en la CMN, surgiendo la necesidad de conocer la función que desempeñan en la entrega de MN y saber si esta tarea sigue siendo una responsabilidad médica, si son las enfermeras quienes deben asumir este papel o bien una labor conjunta del equipo multidisciplinario^(32,36,38).

La atención en estas situaciones supone para los profesionales una tarea compleja, por un lado, hay una mayor demanda de información por parte de los pacientes que ejercen su derecho a saber la verdad⁽³⁹⁾, unido al fuerte impacto emocional que provoca el recibir una MN^(26,36). Por otro lado, en la práctica enfermera se refleja una actitud de inseguridad o rechazo por parte de los profesionales para abordar estas situaciones, debido a que presentan ciertas dificultades a la hora de entregar las MN. Estas actitudes influyen en la manera en que se realiza la CMN, siendo necesario identificar cuáles son las dificultades

que manifiestan las enfermeras con el fin de actuar sobre las mismas y así hacer que la CMN sea un proceso más asequible para las enfermeras.

Al igual que para otros procedimientos clínicos existen directrices o protocolos para llevar a cabo una práctica adecuadamente, en la CMN también existen guías estandarizadas que determinan los pasos que hay que seguir o actuaciones para desarrollar esta comunicación. El conocimiento de estrategias o métodos estandarizados que utilizar para la CMN es menester para un actuación correcta y certera de manera que la CMN sea abordada de la mejor forma⁽⁸⁾. Además, como hemos señalado anteriormente, el papel activo de enfermería en este proceso nos hace preguntarnos si existen métodos estandarizados para la CMN aplicados a la profesión enfermera.

Una inadecuada CMN supone una serie de consecuencias negativas tanto para la persona que recibe la noticia como para quien la transmite, además puede dar lugar a una brecha en la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente. Entonces, ¿Cómo sabemos si estamos comunicando bien una MN? En los últimos años, muchos autores se han hecho esta misma pregunta, planteando métodos de evaluación de calidad sobre la CMN. En base a la novedad que supone esta cuestión, en nuestro estudio queremos indagar sobre la existencia de estas escalas de evaluación.

Con estas razones queda justificada la importancia de investigar el papel de la enfermera en un momento que queda grabado en la memoria tanto de la persona que recibe la MN como de la persona que la da, y también conocer los métodos que los profesionales deben seguir para una CMN adecuada.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Conocer la función de la enfermera en la CMN e identificar cómo se debe actuar ante la CMN.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las dificultades de las enfermeras en la CMN.

- Conocer los protocolos que existen para la CMN y cuales son utilizados por las enfermeras.
- Explicar el empleo de escalas de evaluación en el uso de los protocolos.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica en la que se han consultado bases de datos tanto internacionales (**PubMed, LILACS, CINAHL, Medline, SciELO y Google Académico**) como nacionales (**Cuiden**), además de una búsqueda secundaria. Se ha utilizado la base de datos de la biblioteca de la Universidad de Jaén desde la cual se ha tenido fácil acceso a las bases de datos de soporte electrónico.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1 Criterios de inclusión:

- 1) Artículos disponibles a texto completo y gratuito.
- 2) Artículos que han sido publicados en el intervalo de 2000 a 2015, aunque se puede incluir algún otro artículo inferior a este período por su relevancia.
- 3) Idioma: estudios en inglés, español y portugués, aunque también aceptamos artículos en un idioma diferente porque aporten una información significativa.
- 4) Estudios que contienen información relevante para el objetivo de nuestro estudio.
- 5) Estudios que cumplieran una puntuación igual o mayor de 7 de los criterios necesarios según las guías de evaluación metodológica o lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español)⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.
- 6) Estudios descriptivos transversales que no pudieron ser evaluados con la guía CASPe porque no contemplan la evaluación este tipo de estudios, pero se incluyen ya que consideramos que tienen calidad por pasar los cribados al ser publicados en revistas científicas y bases de datos.

4.2.2 Criterios de exclusión:

- 1) Estudios no disponibles a texto completo y libre.
- 2) Artículos no comprendidos en el periodo de tiempo establecido.
- 3) Artículos en otros idiomas diferentes a inglés, español y portugués.
- 4) Estudios cuyo contenido no se correspondía con los objetivos planteados y sus resultados no se ajustaban a la temática.

- 5) Estudios que al ser evaluados mediante las guías CASPe, no superaban una puntuación igual o mayor de 7.

4.3 Estrategia de búsqueda

Para la selección de los estudios de interés en función de los objetivos propuestos se han desarrollado estrategias de búsqueda en cada base de datos registrada.

Esta recopilación de datos ha sido llevada a cabo entre diciembre de 2015 y abril de 2016. La búsqueda del tema partió de los siguientes términos junto con sus homónimos en español para las bases de datos en las que ha sido necesario, conformando las cadenas de búsqueda a partir de unas palabras clave, correspondidas con un lenguaje libre y/o seleccionadas tras consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); y sus respectivos operadores booleanos para cada base de datos: *breaking, bad news, truth disclosure, communication, nurse, nursing, difficulties, cáncer, education, skills, teaching, training, protocol, evaluate scales, role nurse y patient experience*.

A continuación, se presentan las tablas con las distintas estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos (**Tabla 1, Tabla 2, Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5, Tabla 6, Tabla 7**).

Cada cadena de búsqueda elaborada obtiene como resultado un número total de artículos sin utilizar filtros y seguidamente, los artículos encontrados aplicando los criterios de inclusión establecidos en nuestro estudio. De éstos artículos se revisan solo aquellos que se seleccionan porque su título se ajusta a la temática del trabajo, de lo contrario son desechados o bien revisados totalmente para no correr el riesgo de perder artículos relevantes. Finalmente, tras la revisión de los seleccionados se escogen los más apropiados por su pertinencia, adecuación al tema y aquellos que cumplen los criterios de inclusión y calidad definidos. En las tablas se describe también el tipo de estudio obtenido en cada cadena de búsqueda y el idioma.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en base de datos CINAHL.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: CINAHL http://www.ebscohost.com/cinahl/								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Bad news communication AND nursing	18	10	0	10	5	4 Desechado 1	3 Revisión 1 Estudio transversal	4 Inglés
Bad news communication AND cancer	25	10	0	10	2	1 Desechado 1	1 Estudio cualitativo	1 Inglés
Bad news AND difficulties AND nursing	9	4	0	4	1	1	1 Revisión	1 Inglés
Breaking bad news AND communication skills	74	32	14	18	2	1 Desechado 1	1 Revisión	1 Inglés
Breaking bad news AND education AND nursing	16	10	1	9	1	1	1 Estudio transversal	1 Inglés
(Bad news OR difficult news) AND protocol	31	10	3	7	1	1	1 Revisión	1 Inglés

Breaking bad news AND nurse	63	28	12	16	4	4	2 Estudio transversal 2 Estudio cualitativo	4 Inglés
TOTAL					16 ARTÍCULOS	13 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 3 ARTÍCULOS DESECHADOS		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en base de datos CUIDEN.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: CUIDEN http://www.index-f.com/busquedas.php								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Nurse AND communication AND training	82	64	58	6	1	1	1 Revisión	1 Portugués
Bad news AND nurse	8	6	3	3	0	0	-	-
Bad news AND nursing communication AND protocol	12	8	5	3	1	1	1 Revisión	1 Español
communication AND protocol	77	65	59	6	1	1	1 Estudio cualitativo	1 Inglés
TOTAL					3 ARTÍCULOS	3 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 0 ARTÍCULOS DESECHADOS		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en base de datos Google Académico.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: GOOGLE ACADÉMICO https://scholar.google.es/								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Breaking bad news AND nursing	64300	145	130	15	4	3 Desechado 1	3 Revisión 2 Estudio cualitativo	1 Inglés 3 Español
TOTAL					4 ARTÍCULOS	3 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 1 ARTÍCULO DESECHADO		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en base de datos LILACS.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: LILACS http://www.bvs.br/php/index.php?lang=es								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Bad AND news AND nurse	10	5	2	3	2	2	2 Estudio cualitativo	2 Portugués
Bad AND news AND communication	33	20	15	5	0	0	-	-

TOTAL		2 ARTÍCULOS	2 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 0 ARTÍCULOS DESECHADOS
--------------	--	--------------------	---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en base de datos MEDLINE.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: MEDLINE PROQUEST http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/index?accountid=14555								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Breaking AND bad news AND nurse	72	63	50	13	2	1 Desechado 1	1 Revisión	1 Inglés
Breaking AND bad news AND role nurse	27	24	18	6	1	1	1 Estudio cualitativo	1 Inglés
Breaking AND bad news AND evaluate scales	12	12	8	4	1	1	1 Estudio transversal	1 Alemán
TOTAL					4 ARTÍCULOS	3 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 1 ARTÍCULO DESECHADO		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en base de datos PUBMED.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: PUBMED http://www.pubmedcentral.nih.gov/								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
(breaking bad news) AND nurse	77	8	0	8	3	3	1 Estudio cualitativo 2 Estudio transversal	3 Inglés
(breaking bad news) AND communication	320	43	17	26	7	6 Desechado 1	1 Estudio cualitativo 4 Revisión 1 Estudio transversal	6 Inglés
Communication AND (bad news) AND nurse	110	8	0	8	1	1	1 Ensayo clínico aleatorizado	1 Inglés
Patient experience AND bad news	157	27	12	15	1	1	1 Estudio transversal	1 Inglés
Nurse AND communication skills AND bad news	39	7	0	7	1	1	1 Estudio transversal	1 Inglés
Evaluation scale AND bad news	24	8	0	8	1	1	1 Estudio transversal	1 Inglés

Truth disclosure AND communication AND nurse	299	14	5	9	1	1	1 Estudio transversal	1 Inglés
Truth disclosure AND nursing	1314	47	34	13	2	2	1 Estudio cualitativo 1 Estudio transversal	1 Inglés 1 Portugués
TOTAL					17 ARTÍCULOS	16 ARTÍCULOS SELECCIONADOS 1 ARTÍCULO DESECHADO		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Estrategia de búsqueda en base de datos SciELO.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN BASE DE DATOS: SciELO http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es								
CADENA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS DESECHADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	SELECCIÓN POR GUÍAS CASPE	TIPO DE ESTUDIO	IDIOMA
Comunicación AND malas noticias	16	16	9	5	1	1	1 Estudio transversal	1 Español
TOTAL					1 ARTÍCULO	1 ARTÍCULO SELECCIONADO 0 ARTÍCULOS DESECHADOS		

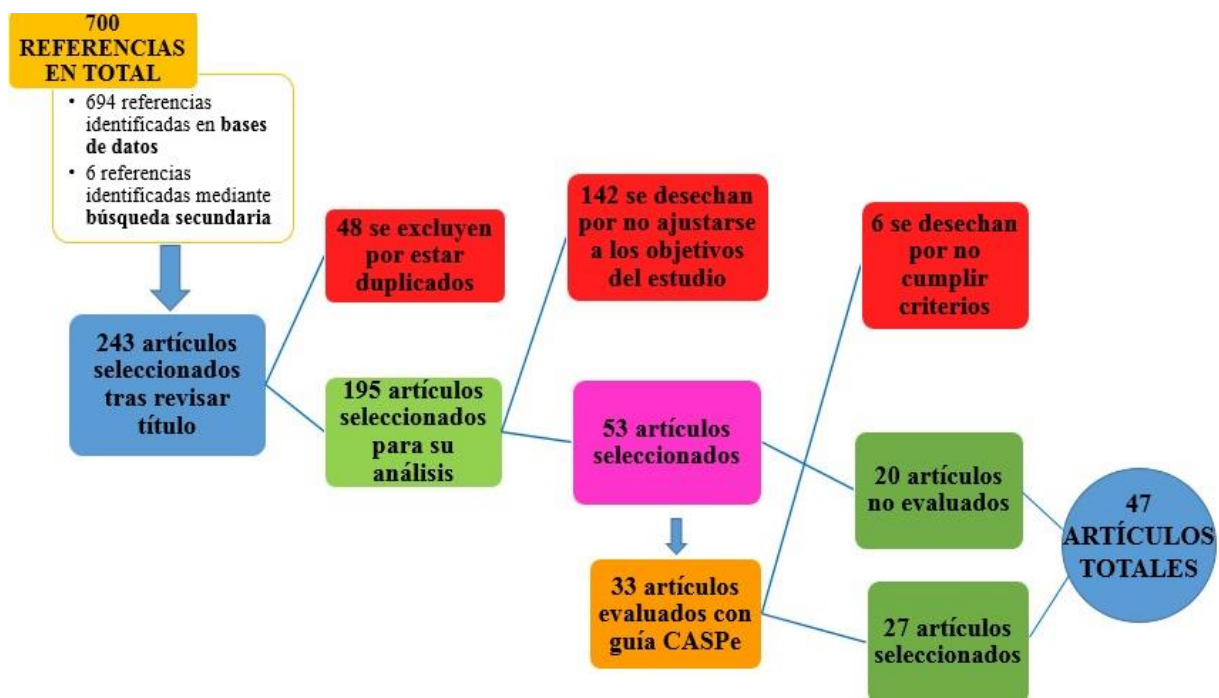
Fuente: elaboración propia.

Los resultados en el proceso de búsqueda utilizando los criterios de inclusión establecidos fueron 694 y 6 identificadas a partir de la búsqueda inversa, sumando un total de 700 referencias. Se revisaron manualmente a partir de su título y se seleccionaron 243 artículos, que tras eliminar 48 duplicados quedaron 195 documentos para su análisis. En el proceso de análisis y extracción de datos (**Figura 2**) elegimos un total de 53 artículos por su pertinencia al tema, de ellos 13 fueron hallados en CINAHL, 3 en Cuiden, 3 en Google Académico, 1 en SciELO, 2 en LILACS, 3 en Medline y 16 en PubMed además de las 6 referencias extraídas de la búsqueda secundaria. Del total de artículos, 33 fueron evaluados mediante las guías de evaluación metodológica CASPe (**Anexo 1**), desechando 6 por no cumplir los ítems necesarios y obteniendo 27 evaluados. Los 20 artículos restantes eran estudios descriptivos transversales que no fueron evaluados, ya que las guías CASPe no recogían la evaluación de este tipo de estudios, pero fueron incluidos en nuestro trabajo porque su información era relevante y presentaban evidencia.

Finalmente han sido recopilados un total de 47 artículos, cuyas referencias correspondientes a cada documento fueron importadas desde cada una de sus bases de datos al gestor bibliográfico Refworks. Esta aplicación online nos ha sido de utilidad para gestionar y dirigir más eficientemente nuestro estudio de revisión bibliográfica.

4.4 Diagrama de flujo

Figura 2. Proceso de selección de artículos.



Fuente: elaboración propia

4.5 Manifiesto de conflicto de intereses

Yo, Julia Mendoza Granada, estudiante de 4º grado de Enfermería en la Universidad de Jaén, como principal investigadora de este estudio, declaro no pertenecer a ninguna asociación ni agrupación, ni tener ningún interés personal ni económico en la realización de este estudio, únicamente un interés científico por incrementar el conocimiento sobre el tema.

5. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis y extracción de resultados a partir de 47 artículos seleccionados previamente, de los cuales 20 se tratan de estudios descriptivos transversales, 10 son estudios cualitativos, 16 revisiones sistemáticas y 1 ensayo clínico aleatorio. Los resultados obtenidos han sido clasificados en función de los objetivos que han sido planteados en este trabajo tal y como se expone en los siguientes apartados.

5.1 La función de la enfermera en la CMN

Algunos autores siguen defendiendo la idea de que la CMN está reservada para los médicos y éstos pueden hacerlo sin presencia de otros profesionales. Otros consideran la compañía de la enfermera durante el momento de la comunicación y otros además la incluyen como pieza esencial en este proceso, incluso antes y después de la entrega de la MN. Otras perspectivas más novedosas consideran a la enfermera como el profesional más indicado para entregar las MN siempre y cuando tengan los conocimientos y habilidades necesarios. Por último, un considerable número de estudios señala que las MN deben ser entregadas y abordadas por un equipo multidisciplinar que trabaje en sintonía y de manera coordinada. Como se puede comprobar, los resultados de los artículos que han sido analizados han mostrado diferentes posturas en cuanto a la función de la enfermera en la CMN y su papel en este proceso, de manera que a continuación se desarrollan estos resultados organizados en función del lugar que se le ha otorgado a la enfermera en el proceso.

En 2013 se realizó un estudio descriptivo transversal⁽⁴³⁾ en el suroeste de Nigeria en el que del total de los encuestados (113 médicos y enfermeras), solo el 35.8% informó de la presencia de un miembro de enfermería durante la comunicación por lo el personal médico de esta población fue más propenso a realizar la CMN sin compañía.

Otro estudio exploró las experiencias de las enfermeras en la tarea de divulgación de las MN en Teherán (Irán)⁽³²⁾ y casi el total de la muestra coincidió en que eran los médicos quienes deben informar a los pacientes de las MN y no es responsabilidad de las enfermeras el hacerlo. Una de las enfermeras encuestadas responde diciendo que: *“cuando los pacientes me preguntan acerca de su enfermedad, no contesto porque yo creo que es la responsabilidad del médico responder a éstas preguntas, y los pacientes deben de hacérselas a ellos...”*.

El estudio cualitativo que llevaron a cabo en Japón⁽⁴⁴⁾ dice que quien debe revelar las MN es el médico que el paciente considera de confianza, y si fuese posible en compañía de una enfermera para ayudar a comprender la información y proporcionar apoyo emocional.

Un estudio realizado a enfermeras, médicos, pacientes y familiares de Líbano⁽³⁹⁾ reveló que ninguna de las enfermeras participantes en el estudio había comunicado una MN. Un 56% de las enfermeras participantes dijeron que la tarea de divulgación debía ser llevada a cabo por los médicos, un 25 % afirmó que la persona más adecuada era una enfermera con más experiencia y el 16% decía que era la familia quien debía de transmitir esta información al paciente. Resultados similares se obtuvieron en otro estudio realizado por Sullivan R.J et al⁽⁴⁵⁾ en donde el 100% de las enfermeras encuestadas afirmaron que los médicos tenían la obligación de comunicar al paciente las MN.

Kirshblum S y Fichtenbaum J⁽⁴⁶⁾ exponen que es responsabilidad del médico con más experiencia e involucrado en la situación del paciente dar la MN, y que esta función es preferible que no sea delegada a otros miembros del equipo con menos experiencia. En el caso de que el paciente acuda a otros miembros del equipo con los que tenga una relación más cercana, el paciente debe ser remitido al médico que lo trata, y el profesional tiene que informar al médico de las cuestiones que se han planteado. Sin embargo, siempre que sea posible otro profesional miembro del equipo puede acompañar al médico durante la CMN, esta persona puede ser una enfermera, psicólogo, trabajador social, administrador de casos u otro profesional a quien el paciente puede acudir por el apoyo y la información adicional una vez que se le ha comunicado la noticia.

Otro estudio⁽⁴⁷⁾ compara las preferencias y actitudes de médicos y enfermeras a la hora de la CMN. Expone que tanto médicos como enfermeras dan a conocer las MN, aunque la mayoría de las enfermeras (74%) y de los médicos (86%) eligieron a los médicos a cargo como la persona más apropiada para la CMN. En comparación con las enfermeras,

los médicos encuestados mostraban menos contacto físico con los pacientes durante el proceso (acariciar, dar la mano, etc.) Por el contrario, las enfermeras que comunicaban la información animaban a los pacientes a expresar sus sentimientos emocionales, hacían un buen uso del silencio, hacían uso de frases alentadoras y apoyaban al paciente a través del contacto físico. Los resultados del estudio mostraron que los médicos tendían menos a describir las opciones de tratamiento para los pacientes que las enfermeras, sin embargo, los médicos se prefieren más para consultar sobre las decisiones que el paciente va a tomar. En comparación con los médicos las enfermeras tenían más tendencia a informar a los pacientes sobre su esperanza de vida y utilizaban más el uso de otros acompañantes durante el proceso.

Los resultados de una revisión⁽⁴⁸⁾ muestran que no se incorporaba a la enfermera en el proceso de revelar el diagnóstico de cáncer, y esta función era competencia médica. A pesar de esto, en el estudio se destaca que la enfermera estaba incluida en las preferencias de los pacientes, considerada uno de los profesionales de salud más adecuados con los que los pacientes comparten sus sentimientos y pensamientos por su función de apoyo, desahogo y adaptación a la nueva realidad.

Stayt L.C⁽⁴⁹⁾ desarrolló un estudio fenomenológico a enfermeras de la UCI que expresaron que la CMN era una responsabilidad médica, pero manifestaron su desagrado por cómo era realizada. A pesar de ello, la describieron como una actividad en la que frecuentemente entran en juego y su presencia es fundamental, pero con frecuencia no reconocida. Otra exploración de las percepciones de las enfermeras de Irlanda⁽⁵⁰⁾, pone en relieve la importancia de la compañía del profesional de enfermería, cuya labor está enfocada a: conocer al paciente, estar con el paciente, proporcionar cuidado y apoyo físico, psicosocial y espiritual. En sus relatos, las enfermeras expresan que se ven así mismas como la conexión con el paciente a través de la relación y vinculación emocional que se forja durante el cuidado. Sin embargo, muchas de éstas enfermeras manifestaron no estar presente cuando se comunicó el diagnóstico de cáncer y no estar lo suficiente informadas por el médico, experimentando incertidumbre y desventaja.

Un estudio realizado mediante una encuesta a médicos, enfermeras y trabajadores sociales⁽⁵¹⁾, coincide en que los tres grupos estaban de acuerdo que era responsabilidad del médico dar la MN y que era fundamental que una enfermera estuviese presente durante el proceso, ya que ofrece apoyo a la familia, aclara las cuestiones que les plantean y garantiza la continuidad de la atención después de la comunicación del médico. Los

datos obtenidos en lo que respecta a la persona que realiza la CMN y la compañía fueron: el médico solo 46.6% de las ocasiones, médico y enfermera 34.5%, el médico y el trabajador social 13.6% y por último los tres profesionales en conjunto el 6.4% de las ocasiones.

Un estudio transversal⁽⁵²⁾ exploró la función de la enfermera en el proceso de CMN cuya recopilación de datos mostró que las enfermeras con más frecuencia proporcionaban apoyo a un paciente o familiar después de haber recibido la información (55.5%) y ofrecían al paciente o familiar la posibilidad de hablar sobre la situación (55.9%). Otra actividad que las enfermeras realizaban con mucha frecuencia era ayudar a los pacientes y familiares a llegar a un acuerdo en lo que respecta a las consecuencias de las MN (47.7%). Las enfermeras que estuvieron presentes mientras el médico comunicaba las MN fueron: muy frecuentemente 39.1%, a veces 43.4% y raramente o nunca 17.5%; y los que resultaron del personal de enfermería que llevaba a cabo la CMN al paciente o a un familiar fue la actividad menos frecuente entre todas las que se evaluaron, con un porcentaje de 22.5% en aquellos que calificaron como una actividad muy frecuente, 37.3% a veces y 40.2% calificaron como raramente o nunca. Este estudio demuestra la diversidad de roles que una enfermera puede tomar a lo largo de todo el proceso de CMN, tanto con el paciente como con sus familiares debido a la implicación de su papel, creando relaciones y lazos entre ellos más estrechos.

Pereira A.T et al⁽⁵³⁾ pone de manifiesto la trascendencia del papel de la enfermera en la CMN debido principalmente a la relación que crean con el paciente y la familia, pero éste no es reconocido, valorado e identificado plenamente. La relación que establecen con los pacientes los sitúa como los profesionales que proporcionan apoyo, evalúan las necesidades de información y comprensión, explican información compleja y ayudan al paciente y su familia con sus reacciones emocionales. Aunque por lo general es el médico quien asume el papel de dador de MN ya que tiene la responsabilidad de las decisiones del tratamiento. La CMN es entendida por Pereira A.T et al. como un proceso, que incluye las interacciones y sucesos que se dan antes, durante y después de una MN y una actividad multidisciplinaria que necesita la participación activa de diferentes profesionales que deben trabajar en equipo en función de sus competencias. Por lo tanto, la preparación del paciente, la aclaración y explicar información son algunas actividades multidisciplinarias que requieren la participación activa de una variedad de profesionales de la salud que trabajen en equipo. La revisión pone de manifiesto la importancia de la sensibilidad y las

habilidades comunicacionales de las enfermeras en estas situaciones, especialmente después de la comunicación de una MN, para así valorar la reacción emocional del paciente.

Un estudio cualitativo⁽⁵⁴⁾ cuyo objetivo era investigar el papel de 28 enfermeras en relación con la CMN obtuvo como resultados que la enfermera no es la responsable de la comunicación del diagnóstico a los pacientes, pero a pesar de ello, consideran que juega un papel importante en la atención integral del paciente, desarrollando estrategias para ayudarlo a entender su situación actual y adherirse al tratamiento. Los resultados apuntan a que hay una mayor labor por parte de la enfermera en cuanto al seguimiento del paciente y la familia después de comunicar el diagnóstico. Además, el hecho de tener más contacto con los pacientes a lo largo de su estancia, en sus relatos las enfermeras reflejan que tienen el cometido de identificar sus necesidades más que otros profesionales, para ayudar al paciente de cara a su nueva realidad.

Warnock C et al⁽⁵⁵⁾ identifica actividades muy similares a otra revisión encontrada⁽⁵⁶⁾ en donde exponen que el papel que asumen las enfermeras a la hora de desarrollar la CMN es de educador, apoyo, aclarar información, ayudar a formular preguntas, ofrecer aliento y esperanza y ser intermediario entre el paciente y el equipo sanitario mediante el intercambio de información, necesidades o preocupaciones. Las enfermeras están destinadas a dar MN cuando tienen un conocimiento sobre la situación del paciente, la familia, el tratamiento, el pronóstico, las limitaciones, etc., pero generalmente entran en escena una vez que la noticia ha sido transmitida.

Farell M⁽⁵⁷⁾ sitúa a la enfermera como la persona más apropiada para desarrollar la CMN a causa de la relación positiva que mantiene con la familia y el mismo paciente.

Un estudio cualitativo⁽⁵⁸⁾ exploró el papel de las enfermeras de un área de Inglaterra, y uno de sus resultados fue que las enfermeras son con frecuencia el primer punto de contacto que tiene el paciente terminal. Lo ideal es que sea este profesional quien lleve a cabo el proceso comunicativo debido a la estrecha relación establecida con la familia y con el mismo paciente, conociendo más profundamente sus características personales y por lo tanto el manejo de la información en función de ello.

Un artículo publicado en 2015⁽⁵⁹⁾ trata de la importancia del cuidado enfermero en pacientes que reciben una MN en el área de urgencias hospitalarias. En el proceso de información no solo están implicados el médico y el paciente, sino que en todos los casos

interviene una enfermera y a menudo los familiares. El estudio describe que la CMN no es responsabilidad de ningún profesional en concreto, sino que tiene que darla quien disponga de mayor conocimiento de habilidades de comunicación.

Santos D.V y Massarollo M.C⁽⁶⁰⁾ realizaron un estudio y los resultados en cuanto a la participación de la enfermera en relación a informar del pronóstico mostró datos muy variables. Por un lado, un 56% no tuvo participación ni desarrolló ningún papel en el procedimiento, y por otro lado un 44% sí intervino en el proceso, pero a través de diferentes actuaciones como miembros del equipo.

Aein F y Delaram M⁽⁶¹⁾ ponen de manifiesto que el proceso de CMN podría mejorarse si se realiza a través de un enfoque multidisciplinario. Otros miembros del equipo terapéutico (en el que se incluye a una enfermera) familiarizados con los pacientes deben de estar presentes en el momento en que se entrega la MN, ya que pueden prestarse como fuentes de apoyo.

5.2 Las dificultades de los profesionales de enfermería en la CMN

Para identificar las dificultades que presentan los profesionales de enfermería a la hora de la CMN se ha elaborado una tabla (**Anexo 2**) tras el análisis de los resultados de los artículos seleccionados. La tabla muestra detalladamente cuáles son estos obstáculos o dificultades en los resultados de cada estudio que fue seleccionado.

A modo de síntesis, la mayoría de los estudios analizados señalan que el déficit de formación formal y entrenamiento en habilidades de CMN es la dificultad a la que las enfermeras hacen más referencia por las consecuencias de conlleva el desconocimiento a la hora abordar la situación correctamente (inseguridad, miedo, incapacidad, evitación, temor, etc.). Otra dificultad también relevante entre las enfermeras representa el miedo o temor a manejar la reacción emocional del paciente tras la revelación de la MN. Por último, otros obstáculos que se destacan en algunos estudios son la falta de tiempo de los profesionales a la hora de dedicarle atención a los pacientes, el estrés del personal y la carga de responsabilidad que sienten por la tarea que desempeñan.

5.3 Cómo dar las MN y el uso de protocolos

Un estudio transversal⁽⁶²⁾ dio a conocer la utilización de guías básicas por los profesionales de salud en la CMN. La muestra del estudio fueron 59 profesionales de salud de los cuales un 79,66% de ellos respondieron que seguían un plan coherente para

la CMN y un 76,27% respondió que no entregaban las MN de la misma forma a todos los pacientes. En cuanto al conocimiento de protocolos para la CMN, un 66,10% no había oído acerca de técnicas o directrices para desarrollar esta tarea y 66.02% no se habían interesado en buscar información sobre cómo llevarlo a cabo. La mayoría de los participantes tenían un plan coherente para dar las MN centrado en las percepciones y preferencias individuales del paciente, pero no seguían ni conocían guías y protocolos para la CMN.

Otro estudio⁽⁴³⁾ realizado a 113 médicos y enfermeras demostró la necesidad de formación de los profesionales en CMN. El 79,9% de los participantes no había tenido ningún entrenamiento formal en CMN, mientras que el 22,1% si lo había tenido. En cuanto al conocimiento de protocolos, solo el 7,1% de los encuestados sabían de cualquier directriz para la CMN en los hospitales, mientras que el 51,3% sabe de la existencia de directrices (sin un conocimiento detallado) y el 41.6% no tienen conocimiento de ningún tipo de guía.

Los resultados de un estudio realizado a 25 enfermeras⁽⁶⁰⁾, indicaron que a pesar de que el papel en la comunicación de pronóstico sin posibilidad terapéutica era una tarea habitual entre las enfermeras, muy a menudo el manejo de estas situaciones se basa únicamente en las experiencias y valores personales y no en el empleo de directrices.

En los países musulmanes no existen directrices publicadas con anterioridad al artículo elaborado por Salem A y Salem A.F⁽⁶³⁾ en 2013. A pesar de que este estudio no puede comparar su marco propuesto con otros informes publicados en la misma zona, elabora un protocolo práctico para la CMN en esta zona denominado con las siglas IGAD (**Anexo 3**): I, entrevista; G, recoger; A, evaluar y lograr; y D, que consiste en decidir, divulgar y discutir. El marco fue sintetizado utilizando los datos actuales presentes en la literatura y está adaptado teniendo en cuenta las discrepancias y peculiaridades de la población musulmana con respecto a la sociedad occidental. Esta guía fue puesta en práctica en una población limitada, pero se necesitan estudios para examinar su utilidad y posibles modificaciones y propuestas de mejora.

Un estudio realizado a 28 enfermeras⁽⁵⁴⁾ obtuvo como resultado de los relatos algunas estrategias utilizadas por las enfermeras: conocer el deseo del paciente de conocer la verdad, mantener la calma y aparentar tranquilidad, mostrar empatía con el paciente y su familia, elegir el momento adecuado y oportuno para comunicar la noticia y elegir las

palabras adecuadas que no causen daño. La recopilación de las declaraciones muestra una serie de habilidades imprescindibles para llevar a cabo la CMN: la empatía, la atención, el afecto y las señales no verbales. Como una estrategia para enfrentar la CMN las enfermeras destacan el uso protocolo SPIKES, ya que su táctica comunicacional se concuerda con la práctica desarrollada en la mayoría de los relatos del estudio.

El protocolo para la CMN más ampliamente utilizado es el SPIKES (**Anexo 4**), elaborado por Buckman R⁽⁶⁴⁾. Un artículo de revisión⁽⁶⁵⁾ presenta una estrategia sistemática adaptada a este protocolo, similar y fácil de emplear, denominada BREAKS (**Anexo 5**), que se propone para su discusión, estudio y elaboración más minuciosa.

Según Herrera A et al⁽³⁷⁾, la tarea de la entrega de malas noticias puede ser mejorada a través de entender el procedimiento que conlleva mediante un enfoque por protocolos. Realiza una comparación de dos protocolos presentes en la literatura: el modelo SPIKES destinado a entregar información estresante de forma organizada a los pacientes con cáncer y su familia; y el enfoque estratégico desarrollado por Bennett y Alison (**Anexo 6**) basado en su propia experiencia y en recomendaciones de otros autores de la bibliografía, en donde los pasos a seguir pueden ser adaptados a variadas situaciones clínicas donde se entregan MN y no está diseñado exclusivamente para el diagnóstico de cáncer. Al comparar ambos protocolos se visualiza la importancia de hacer partícipe a la familia u otras personas significativas en el proceso para favorecer la comprensión del paciente. Las diferencias entre ambos son insignificantes, solo reseñar que el protocolo de Bennett y Alison comienza con una preparación previa a la entrega de la MN.

Pereira A.T et al⁽⁵³⁾ determinaron que no existe un estándar para comunicar una MN, debido a que cada profesional tiene sus propias características personales y visión de la situación del paciente. La revisión recoge recomendaciones generales para la CMN aplicables a todas las situaciones que se puedan presentar. En lo que se refiere a la noticia, esta debe darse de forma gradual, clara y abierta, siempre adaptada la voluntad y las preferencias del paciente. Los profesionales de salud deben tener la capacidad de ser sensibles a las emociones del paciente y no destruir sus esperanzas. El artículo desarrolla dos protocolos considerados los más utilizados: el protocolo SPIKES traducido al español como EPICEE compuesto por 7 etapas; y el método ENFERMERA (**Anexo 7**), constituido por 5 fases. El protocolo SPIKES es la solución que los autores proponen para los profesionales de enfermería en otra revisión⁽⁵⁶⁾, con el fin de desarrollar habilidades para la CMN con enfoque individualizado y centrado en el paciente.

Un estudio⁽⁶⁶⁾ afirma que el proceso de publicación de MN puede ser mejorado siguiendo una serie de pasos para cumplir cuatro objetivos esenciales en la entrega de MN: conocer el deseo de saber del paciente, proporcionar información inteligible de acuerdo a su deseo y necesidades, reducir el impacto emocional y desarrollar un plan de tratamiento en cooperación con el paciente. Para ello se describe el protocolo SPIKES. Un 99% de los participantes puntuó que el protocolo era práctico y fácil de entender, sin embargo, un 52% de los participantes enunciaron que los mayores desafíos fueron la empatía, la validación del protocolo y la exploración de datos para una respuesta adecuada la reacción emocional del paciente.

Una revisión⁽⁴⁶⁾ expone que no hay un método ideal para comunicar la noticia, y que la situación se enfocará de diferente forma según el estilo clínico del personal y del entorno institucional, así como de los factores personales del paciente (edad, cultura, educación, género y su situación de vida). Se describen una serie de recomendaciones:

- Sensibilidad a la hora de entregar el mensaje y conocer la situación del paciente.
- Información clara, pausada, honesta y uso adecuado de palabras, permitiendo la adaptación del paciente y preservando su intimidad.
- Cuidar la comunicación no verbal, la escucha activa y la empatía.
- No destruir la esperanza del paciente con frases como “no hay nada que hacer”, pero tampoco crear falsas esperanzas.

A parte de estas recomendaciones hace referencia uso del modelo ABCDE (**Anexo 8**) para recordar los momentos cruciales y generalizar la organización y la estructura de manera que facilite la entrega de la noticia.

Un estudio en la unidad de cuidados intensivos identificó también los objetivos a tener en cuenta en la entrega de MN⁽⁶⁷⁾:

- Recogida de información del paciente y su familia, comprensión de la situación, conocimiento de expectativas y disposición a escuchar la noticia y participar.
- Proporcionar la información y apoyo.
- Desarrollo de estrategias después de entregar noticia.

Varias herramientas fueron identificadas en este artículo a partir de la literatura para ayudar a los profesionales ante la CMN: el protocolo SPIKES y herramientas de comunicación adicionales como Ask-Tell-Ask, declaraciones de deseos, uso del silencio

y pedir permiso. Estas herramientas constituyen una base de habilidades comunicacionales para desarrollar la CMN de manera efectiva.

Bascuñán M.L.⁽⁸⁾ señaló el uso del modelo SPIKES en la práctica y describió los objetivos comunes que pretenden conseguir los protocolos actuales:

- Explorar el conocimientos y expectativas del paciente.
- Determinar su predisposición a escuchar la información.
- Ofrecer la información adaptada y proporcionar apoyo emocional reduciendo los efectos negativos.
- Favorecer la cooperación del paciente en el plan que se establece.

López B.V.⁽⁶⁸⁾ propuso un protocolo de CMN basado en el SPIKES de Buckman R, en donde al paso o etapa seis se le llama plan de cuidados y es donde el profesional de enfermería elabora o modifica el plan de cuidados establecido a las necesidades actuales del paciente. También se añade en esta propuesta una séptima etapa definida como autochequeo del profesional, que consiste en la reflexión del profesional que lleva a cabo la CMN sobre los sentimientos experimentados para favorecer el autoexamen y mejorar en futuras entregas de MN.

Según Vandekieft G.K.⁽⁶⁹⁾ se necesita investigación adicional para proporcionar apoyo empírico para las guías de CMN, ya que la evidencia muestra que el desarrollo de habilidades comunicativas eficaces juega un papel crucial en el desempeño de esta tarea. El autor expone como ejemplo un modelo práctico desarrollado por Rabow y McPhee conocido como ABCDE, que es sintetizado a partir de diversas fuentes. Este modelo también se referencia junto con el SPIKES en otro artículo sobre las actuaciones de enfermería ante la CMN en urgencias⁽⁵⁹⁾.

5.4 Empleo de escalas de evaluación en el uso de protocolos

Ha habido un creciente interés en cómo los profesionales comunican las MN y la evaluación de su ejecución, surgiendo así la necesidad de un programa de evaluación fiable, práctico y válido.

El objetivo que se siguió en un estudio⁽⁷⁰⁾ fue desarrollar una forma estandarizada de evaluación de las habilidades de comunicación necesarias para la CMN adecuada, denominada BAS. Los propósitos generales para este método fueron conseguir evaluar la

competencia general de los profesionales, identificar puntos sobre los que mejorar y evaluar la eficacia de la formación.

En primer lugar, se identificaron las habilidades clave en la CMN para incluirlas en el contenido del BAS. En segundo lugar, el instrumento se aplicó a 23 profesionales de salud que simulaban el papel de emisor de la MN y se reclutaron 5 sujetos para simular de paciente, entrenados previamente para desempeñar el papel de paciente con una específica condición. A los profesionales que daban la noticia se les otorgó 15 minutos para llevar a cabo la entrevista que fue grabada en un escenario simulado y preparado con anterioridad. En total se obtuvieron 23 cintas de vídeo que fueron calificadas numéricamente con el BAS por tres evaluadores previamente seleccionados y entrenados para identificar fortalezas y debilidades y a su vez, dar retroalimentación a la utilización de este instrumento.

Los resultados de este artículo reflejaron que cada uno de los tres evaluadores calificaron positivamente el BAS por su sencillez, claridad y adecuación de la escala de puntuación, y además todos ellos fueron capaces de completar la valoración de cada una de las cintas de vídeo en un tiempo de 5 minutos. Con poca frecuencia los evaluadores presentaron dificultades para decidir qué puntuación asignar a la respuesta de cada ítem. La retroalimentación que les dieron los profesionales de salud que realizaron la CMN fue favorable, y consideraron que el BAS fue útil para identificar fortalezas y debilidades. Los datos obtenidos sugieren que el BAS está preparado para su evaluación en situaciones clínicas reales, bien mediante la observación de cintas de vídeo o de consultas reales directamente. Otra versión adicional del BAS utiliza cintas de audio.

Otra herramienta hallada para la evaluación comunicativa de las MN fue el método AGBS⁽⁷¹⁾, desarrollado a partir del programa BAS anterior. Fueron grabadas en vídeo 58 entrevistas donde estudiantes de cuarto año de medicina de una universidad de Alemania llevaban a cabo la entrega de MN a pacientes simulados entrenados previamente. Los participantes calificaron que el AGBS es un instrumento fiable que se puede usar en formación médica para evaluar la CMN y la interacción paciente-alumno durante la entrevista. Los valores variables para la fiabilidad entre evaluadores en las diferentes partes puede ser la base para el posterior desarrollo de métodos de evaluación de habilidades de comunicación en estas situaciones.

Muchos autores se han cuestionado posibles mejoras de los protocolos existentes a través de identificar deficiencias de éstos mediante encuestas de satisfacción a los propios pacientes, e incluso también por petición de los profesionales. Un estudio realizado en Alemania⁽⁷²⁾ realizó una evaluación del protocolo SPIKES a través de un cuestionario realizado a 350 pacientes con cáncer y se valoraba su conformidad con el proceso de comunicación y sus preferencias. Los resultados reflejaron que los pacientes manifestaban poca satisfacción con la forma que la MN fue entregada (43,8%) de acuerdo con los pasos seguidos del protocolo SPIKES.

En la literatura más reciente se han identificado cinco cuestionarios de evaluación de la comunicación en distintos ámbitos sanitarios, pero no directamente enfocados a la CMN. Estas escalas de evaluación son por un lado las que derivan del cuestionario GATHA: GATHA-BASE⁽⁷³⁾ (**Anexo 9**), GATHA-RES⁽⁷⁴⁾ (**Anexo 10**), GATHA atención primaria⁽⁷⁵⁾ y GATHA ENFERMERÍA⁽⁷⁶⁾; y por otro lado se halló el cuestionario CICAA⁽⁷⁷⁾ (**Anexo 11**), más actual que los anteriores y con modificaciones de ciertas limitaciones, referido a la población en general.

6. DISCUSIÓN

Es de especial interés determinar quién es la persona más indicada para la CMN, y qué papel desarrolla enfermería en este proceso. La CMN es una tarea que ha estado ligada a la disciplina médica, por el motivo de que al ser el médico quien diagnostica y trata al paciente, es su responsabilidad la comunicación de la noticia que afecta a su estado de salud. De hecho, gran parte de la literatura que rodea a las MN se ha centrado en esta profesión⁽⁵²⁾.

La CMN es una responsabilidad médica a la que la mayoría de estudios que hemos hallado en la bibliografía hacen referencia. Por un lado, hay autores que solo contemplan que la figura del médico sea quien deba dar la MN sin excepciones, hasta incluso llegar a realizar esta tarea sin la compañía de otros profesionales^(39,43,45). De hecho, ciertos estudios realizados recientemente han explorado las opiniones de las propias enfermeras sobre quién debe ser el portavoz de la MN y su resultado ha situado al médico como la persona más apropiada^(32,45,47). Por otro lado, otros estudios consideran la posibilidad de que aunque esta actividad sea llevada a cabo por el profesional médico, es recomendable que

siempre que sea posible se haga en presencia de una enfermera^(44,46,50-52). Rassin M et al⁽⁵¹⁾ realizaron un estudio en el que la mayoría de los encuestados estaban de acuerdo y consideraban fundamental que la enfermera estuviese presente durante el proceso de CMN, ya que ofrece apoyo a la familia y al paciente, aclara las cuestiones que se plantean y garantiza la continuidad de la atención después de la comunicación. Sin embargo, solo en el 34.5% de las ocasiones las MN eran dadas en presencia de una enfermera.

La enfermera es considerada por los pacientes como el profesional de salud más adecuado con quien compartir sus sentimientos y emociones, por el hecho de que son quienes más tiempo en contacto pasan con el paciente y su familia, es por esto que representa un papel de apoyo y soporte en el momento de revelación de la MN cuando acompaña al médico⁽⁴⁸⁾. Por lo tanto, al situar los pacientes a la enfermera entre sus preferencias se justifica que su presencia en la CMN sea necesaria.

La actitud de las enfermeras en estos momentos tan difíciles es muy importante, en primer lugar, para servir de ayuda al paciente ante la situación que se enfrenta, y en segundo lugar para lograr una relación terapéutica beneficiosa. Arbabi M et al⁽⁴⁷⁾ diferenciaron que las enfermeras mostraban más contacto físico con los pacientes durante la CMN, animaban a expresar sus sentimientos y mostraban más apoyo emocional que los médicos. Esto se corrobora con algunos extractos de entrevistas realizadas en un estudio a enfermeras⁽⁴⁹⁾, que expresaron su inconformidad con tarea médica en la CMN a los pacientes debido a su falta de implicación. Es necesario aclarar que, aunque el médico tiene un papel importante en la CMN, es evidente que la enfermera está de la misma manera involucrada en este encuentro y desempeña un papel fundamental, pero éste con frecuencia no es reconocido ni valorado^(52,53).

El concepto de CMN debe ser entendido como un proceso que incluye los hechos que tienen lugar antes, durante y después de la entrega de una MN. Dentro de este marco, las actividades de evaluación de necesidades de información, aclarar información, iniciar la discusión, ayudar al paciente y su familia a hacer frente a sus reacciones emocionales y proporcionar apoyo van más allá del momento en el que entrega la MN, y las enfermeras están involucradas ellas^(50,52-55). Las enfermeras establecen con el paciente una conexión o enlace gracias a la cercanía y continuidad de sus cuidados, lo que les permite identificar más fácilmente sus necesidades y planificar y desarrollar estrategias adecuadas, y de alguna forma, las hace responsables más que cualquier otro profesional en este proceso y de ayudar al paciente a enfrentarse a la realidad⁽⁵⁴⁾.

Otros autores, han considerado a la enfermera como la persona más indicada para llevar a cabo el proceso de CMN debido a la relación estrecha que mantienen con el paciente⁽⁵⁸⁾ y si disponen de las habilidades comunicacionales e información necesarias deben de hacerlo⁽⁵⁶⁾. Farell M⁽⁵⁷⁾ sitúa a la enfermera como el personal sanitario más apropiado para desarrollar la CMN por las mismas razones mencionadas anteriormente y manifiesta la necesidad de investigar más profundamente el papel de la enfermera en este tipo de comunicación.

Ciertos estudios consideran la CMN como un proceso que abarca una amplia gama de actividades y defienden que esta tarea sea desarrollada por un equipo dotado de habilidades comunicacionales, donde cada profesional lleve a cabo la actividad que se ajuste a sus competencias⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Por lo tanto, en base a que la entrega de la MN es comúnmente realizada por el médico y a la implicación que se ha mencionado de enfermería durante la CMN, la propuesta de abordar esta tarea por el equipo multidisciplinario donde se trabaje de manera coordinada se presenta como la opción más idónea para realizar la CMN.

Es incuestionable que los pacientes quedan afectados tras la entrega de MN, ya sea en mayor o menor medida. Sin embargo, es menester destacar que la persona que transmite la MN también sufre una serie de dificultades en este momento, y queda afectada de alguna manera por la situación⁽⁷⁸⁾. Los resultados que hemos recopilado de los estudios revisados abarcan un abanico de dificultades que los profesionales de salud, concretamente las enfermeras, presentan a la hora de la CMN.

La CMN no se caracteriza precisamente por su sencillez, sino que se trata de un hecho complejo donde las conductas humanas y las habilidades comunicacionales de las personas que transmiten las MN juegan un papel fundamental. En este caso, la principal dificultad que presentan las enfermeras en esta tarea es la falta de formación formal y preparación en habilidades para la CMN, y las consecuencias que éste déficit de conocimientos les produce: miedo a una reacción inapropiada, temor a no abordar la situación correctamente, sentimiento de falta de preparación, falta de confianza, retraimiento a hablar con el paciente, ansiedad y estrés^(8,32,47,49,52,53,55,56,58,60,67,78-81). Un estudio realizado a médicos y enfermeras demostró que los profesionales que habían recibido un entrenamiento formal en CMN estaban más dispuestos y sentían más confianza a informar al paciente sobre su diagnóstico⁽⁴⁷⁾. Los profesionales sanitarios necesitan desarrollar habilidades y un nivel comodidad con las tareas de CMN ya que son

capacidades que se aprenden a la vez que deben de ser entrenadas, puesto que no solo basta con “ser un buen comunicador”.

Es inevitable cuestionarse, si las enfermeras al finalizar su formación están cualificadas para asumir esta tarea. Siendo la comunicación una herramienta fundamental en el desempeño de la profesión, ésta no figura en los planes de estudio de la mayoría de las universidades españolas, por lo que los alumnos no están siendo formados correctamente en CMN. Las facultades se han centrado el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva biológica y, por lo tanto, se ha desatendido la formación en esta materia de habilidades de comunicación. Así los profesionales que finalicen el grado deberán cursar formaciones específicas de posgrado para ampliar y mejorar sus conocimientos en habilidades de comunicación⁽⁸²⁾. Santos C.V y Shiratori K⁽⁸³⁾ manifiestan la necesidad de ampliar el conocimiento del proceso de comunicación en los alumnos de grado de enfermería para mejorar el cuidado. Ciertos estudios han diseñado estrategias y métodos para el entrenamiento en habilidades para la CMN orientados tanto a estudiantes como a profesionales, y se basan en la enseñanza de contenidos didácticos, aplicación de la habilidad a través de la escenificación del momento y la retroalimentación positiva de los participantes^(33,84).

Otras dificultades identificadas han sido el temor, miedo, ansiedad o preocupación que les suponía a las enfermeras la reacción emocional del paciente tras la entrega de la MN, ya fuese por empeorar la situación, destruir sus esperanzas o causarle sufrimiento adicional a la persona^(8,32,37,53-56,58,60,67,78,81). Por otro lado, algunos profesionales refieren que no tenían tiempo suficiente para atender a los pacientes y dedicarles todo el tiempo que necesitaban cuando le dieron la MN^(8,52,55,58,67). A pesar de que la falta de tiempo no sea inherente al comportamiento del personal de enfermería, debe considerarse también un obstáculo que la dirección sanitaria debe mejorar, tanto para reducir el estrés que sufren los profesionales como para asegurar una atención de calidad a los pacientes.

Aunque la CMN sea una experiencia con emociones negativas para los profesionales de salud, Ptacek J⁽⁷⁸⁾ obtuvo que el 92.9% de los participantes sentía la necesidad de mejorar la situación puesto que estaban insatisfechos por cómo se entregaban las MN. Además, dice que las enfermeras por su papel de compañía y establecer un vínculo más cercano con el paciente, se ven afectadas más directamente por las consecuencias de la CMN, por ello que se necesitan más estudios que exploren las dificultades de las enfermeras con respecto a la CMN.

La forma en la que se lleva a cabo esta comunicación ha demostrado ser muy divergente entre unos profesionales y otros, ya que muy a menudo debido al déficit de conocimientos en estrategias esta práctica se basa más en las experiencias profesionales, preferencias del paciente y valores personales de las enfermeras^(60,62). Las enfermeras mencionan en algunos estudios realizados que las actividades o recomendaciones generales que llevan a cabo durante el proceso de CMN son^(8,46,53,54,66,67):

- Conocer el deseo del paciente a saber la verdad y su situación de salud.
- Mantener tranquilidad y dar la información de forma clara, sencilla y gradual, adaptada a las preferencias del paciente.
- Proporcionar información y apoyo.
- Mostrar empatía, sensibilidad a las emociones expresadas y no destruir las esperanzas.
- Identificar cuál es el momento ideal para transmitir la MN.
- Hacer partícipe al paciente en el plan de tratamiento.

Según Herrera A et al⁽³⁷⁾, la CMN puede ser mejorada con el conocimiento y puesta en práctica de un enfoque de estrategias estandarizadas o protocolos, cuyos objetivos son comunes al fin que pretenden conseguir. El protocolo que más se utiliza tanto en la disciplina médica como enfermera y que además aparece más referenciado en la bibliografía es el SPIKES o traducido al español como EPICEE de Buckman R^(8,37,38,53,54,56,59,64,66,67) (**Anexo 4**). Otra guía estandarizada muy conocida es el modelo ABCDE (**Anexo 8**) de Rabow y McPhee muy similar al anterior^(46,69).

En la bibliografía se han encontrado otros modelos, pero que no eran tan usados por los profesionales y su evidencia y aplicación no eran suficientes como para ser utilizados de manera normalizada^(37,53,65). López B.V⁽⁶⁸⁾ sugirió el uso de un protocolo de CMN desarrollado a partir del SPIKES más completo y autocrítico con el profesional y enfocado a la enfermería. En este protocolo, la etapa que corresponde a la etapa seis del SPIKES consiste en realizar un plan de cuidados para el paciente llevado a cabo por la enfermera. Este protocolo incluye una última etapa adicional muy interesante, puesto que invita a reflexionar sobre cómo se ha llevado a cabo la comunicación por el profesional. Esto puede ayudar a identificar dificultades y actuar sobre éstas, mejorando así la actuación de los profesionales y, en definitiva, ofreciéndole al paciente una atención de calidad.

A pesar de los protocolos existentes en la literatura, su puesta en práctica y conocimiento no son frecuentes^(43,62). De hecho, ciertos autores argumentan que no puede establecerse una única guía estandarizada para CMN, de modo que cada situación debe ser abordada en función de sus características específicas. Por lo tanto, exponen un enfoque basado en la consideración el profesional teniendo en cuenta los factores personales del paciente y la situación^(46,53,60,62).

Es cierto que la comunicación eficaz y efectiva mejora los sentimientos en el paciente y la familia, y que el uso de protocolos utilizados en estudios de intervención demuestra mejorar los resultados del proceso de comunicación tanto para el profesional como para el paciente^(85,86), pero no se conoce cómo evaluar la calidad con que se dan las MN.

El protocolo estandarizado para dar MN más utilizado por los profesionales de salud es el SPIKES y además empleado como guía en varios países. Sin embargo, no existen herramientas o instrumentos que evalúen la correcta utilización de esta guía estandarizada ni las preferencias de los pacientes sobre su utilización, y los artículos que hemos encontrado en la literatura sobre esto han sido escasos. A raíz de estos resultados de un estudio⁽⁷²⁾ se establecen una serie de recomendaciones para una modificación del protocolo SPIKES: el profesional debe conocer la necesidad de información del paciente, además de asegurarse en etapa del protocolo que ha comprendido la información transmitida e invitarlo a hacer preguntas. Debido a que un alto porcentaje de pacientes se sienten incapaces de tomar decisiones tras haberles entregado una MN, se recomienda la CMN en dos sesiones.

A pesar de que no estén directamente enfocadas a la CMN, fuera de nuestro país existen gran variedad de escalas desarrolladas para evaluar la interacción comunicativa, pero la mayoría no están validadas. En los últimos años se ha desarrollado en España el cuestionario GATHA, que nos ha proporcionado hasta ahora la información más fiable que tenemos sobre este tema. Su puesta en práctica ha dejado ver sus limitaciones, entre las que se encuentran: la falta de adaptación a un modelo de consulta específico, su pobre competencia discriminativa y su escasa utilidad para percibir los aspectos emocionales de la interacción. Existen 4 cuestionarios diferentes GATHA en función del profesional sanitario al que va dirigido: el cuestionario GATHA BASE⁽⁷³⁾ (**Anexo 9**) para todo el personal sanitario, el GATHA-RES⁽⁷⁴⁾ (**Anexo 10**) orientado a médicos residentes, GATHA Atención Primaria⁽⁷⁵⁾ y un cuestionario destinado a las enfermeras de atención primaria llamado GATHA-ENFERMERÍA⁽⁷⁶⁾.

El cuestionario CICAA⁽⁷⁷⁾ (**Anexo 11**) se trata de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas de diferentes profesionales sanitarios y pacientes y se presenta como opción alternativa al cuestionario GATHA, debido a su validez demostrada, con una elevada consistencia interna y una reproducibilidad intraobservador global para cada uno de sus ítems. Su estructuración como escala tipo Likert evaluativa de 1 a 3 puntos, en lugar de una simple dicotómica como la escala GATHA hasta ahora más utilizada y mejor validada, mejora las limitaciones que suponía este cuestionario.

6.1 Limitaciones

Como limitación principal de este estudio se encuentra la falta de recursos económicos, ya que se estableció como criterio de inclusión que los artículos a texto completo fueran gratuitos. Además, el contenido de éstos documentos debía de ajustarse a los objetivos del estudio y el tiempo para realizarlo, por lo que se redujo el abanico de artículos para nuestro trabajo.

Otra limitación fue considerar la calidad metodológica de los estudios seleccionados que supuso desechar un cierto número de artículos. Para llevar a cabo dicha evaluación utilizamos un instrumento (guías) validado. En el repertorio de guías de evaluación metodológica, en nuestro trabajo seleccionamos las guías CASPe. Este instrumento valora la calidad de revisiones, estudios cualitativos, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, estudios de diagnóstico, estudios de evaluación económica, ensayos clínicos y reglas de predicción clínica. Sin embargo, no contempla la valoración de los estudios descriptivos transversales. Nuestro trabajo de fin de grado incluye estudios de diferente tipología, entre ellos los descriptivos transversales. La limitación que nos supuso esto fue que no pudimos evaluar la calidad metodológica de este tipo de estudios, ya que para ello debíamos de adaptar los ítems de la guía STROBE para que tuviesen sentido para un descriptivo transversal y transformarlos en ítems de calidad metodológica (es decir, medir si está bien hecho). Nuestros conocimientos no estaban al alcance de llevar a cabo esta adaptación, por lo que consideramos que nuestros artículos descriptivos transversales reunían criterios de calidad por el hecho de estar publicados en revistas científicas y en bases de datos donde hemos realizado la búsqueda bibliográfica.

Destacamos la limitación en cuanto a la literatura de nuestra temática, ya que la mayoría de los artículos estaban realizados por médicos abordaban la CMN desde éste enfoque y

perspectiva. La literatura sobre CMN en enfermería es escasa y surge la necesidad de realizar más estudios llevados a cabo por enfermeros.

7. CONCLUSIONES

Después de realizar este estudio de revisión bibliográfica, hemos podido identificar que la función de la enfermera en el proceso de CMN es muy importante, aunque con frecuencia su papel no está reconocido ni valorado. El vínculo de cercanía y confianza que se crea entre la enfermera y el paciente fruto de una atención y cuidados continuos, justifica que la figura de la enfermera sea necesaria y recomendada en la CMN. Esta relación sitúa a la enfermera en posición de ventaja a la hora de explorar en el paciente sus necesidades, expectativas y sentimientos, así como convertirse en un punto de apoyo y confianza para el paciente.

El proceso de CMN abarca un antes y un después de la comunicación en sí de la MN, de hecho, no es el momento en el que se revela la MN el más importante. Las actividades que se llevan a cabo antes de hacer al paciente saber la noticia tanto como las que tienen lugar después de la comunicación son cruciales en el desarrollo del proceso, debido a que se necesita en primer lugar conocer la situación del paciente, así como sus preferencias y expectativas y en segundo lugar capacidad de apoyo, empatía y escucha para hacer frente a su realidad. Por esto, la enfermera se constituye como uno de los profesionales más indicados para llevarlas a efecto, ya que goza de conocimiento sobre el paciente y confianza para tratar con él este tipo de situaciones. A pesar de ello, la revelación de la MN sigue siendo una responsabilidad reservada para los médicos que son quienes con más frecuencia comunican las MN.

Por tanto, la función de la enfermera en el proceso de CMN desarrolla:

- Exploración de los sentimientos, expectativas y conocimientos que tiene el paciente sobre la situación a la que está haciendo frente.
- Acompañar durante el momento en el que el médico revela la MN.
- Apoyo y soporte emocional tras la entrega de la MN y seguimiento mediante un plan de cuidados orientado al paciente.
- Enlace entre el paciente y el equipo terapéutico.

Sin embargo, queda demostrado en la literatura que la entrega de MN puede realizarla cualquier profesional que esté dotado de las habilidades comunicacionales pertinentes y que mayor conocimiento tenga de la situación y del paciente, para así adaptar adecuadamente estas herramientas al contexto. En conclusión, la coordinación multidisciplinaria en la CMN es la opción más idónea para llevar a cabo este proceso, de manera que los profesionales que intervengan estén sincronizados en las actividades que desarrollen todos formen un equipo cuyo fin sea la atención al paciente.

El miedo a la reacción emocional del paciente y la falta de formación en habilidades de CMN son las adversidades más frecuentes que presentan las enfermeras a la hora de hacer frente a éstas situaciones. Estas dificultades provocan en las enfermeras la falta de confianza en sí mismas, evitar implicarse en la comunicación, inseguridad y temor a no actuar correctamente y conseguir manejar efectivamente la situación, por lo que aumenta la probabilidad de que no se realice bien la CMN. En definitiva, el conocimiento de habilidades comunicacionales es vital en esta tarea, debido a que la forma en que las MN se dan puede ser un factor determinante en la respuesta del paciente y su afrontamiento a la nueva realidad. Por lo tanto, es necesario fomentar el entrenamiento y la formación en habilidades de CMN durante los estudios de grado y post-grado de enfermería.

Para facilitar la tarea de CMN existen protocolos de CMN basados en la evidencia como lo son el SPIKES o EPICEE y el modelo ABCDE que son los más utilizados por los profesionales y los más referenciados en la bibliografía, especialmente el desarrollado por Buckman R. También se han hallado otros modelos que surgen a partir de modificaciones y/o adaptaciones de los anteriores, como por ejemplo, cabe destacar el modelo desarrollado por López B.V a partir del protocolo SPIKES. Esta adaptación refleja el papel de la enfermera en la sexta etapa donde se elabora un plan de cuidados, y además en la etapa final supone la reflexión del proceso llevado a cabo por el profesional para así identificar aspectos que mejorar. En definitiva, la mayoría de las directrices ofrecen un marco para la práctica semejante y hacen hincapié puntos comunes para la CMN: preparación, recogida y evaluación de información, comunicación de la MN y ofrecer apoyo emocional, ayuda y seguimiento tras la entrega de la MN.

A pesar de la existencia de guías, los profesionales prefieren llevar a cabo la CMN a través de la práctica basada en la experiencia profesional y adaptada a las preferencias del paciente y la situación. Es necesario por lo tanto, adaptar los protocolos existentes a las características específicas del paciente, contexto y profesional de salud, obteniendo como

resultado diversas formas de abordar la CMN, siguiendo una base fundamentada pero no estricta.

Los métodos de evaluación de habilidades de comunicación existentes no están enfocados a la CMN. Se necesita diseñar y elaborar instrumentos que evalúen la calidad con la que se comunican las MN, pues la bibliografía con respecto al tema es aún muy escasa y solo se ha desarrollado en simulaciones, para así asegurar que los protocolos se cumplen correctamente y el paciente recibe una atención de calidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pérez AM, Pérez EB, Carbonell FG. La comunicación con el paciente: Habilidades emocionales para los profesionales de la salud. : Elsevier España; 2014.
- (2) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2016; Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=A58xn3c>. [citado 05 Feb 2016].
- (3) Romano P. Comunicación asertiva en Enfermería. 2009; Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37. [citado 16 Feb 2016].
- (4) Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. 2012 Mayo 2012(16):16-19.
- (5) Tipos de comunicación. Comunicación en Enfermería. 2015; Disponible en: <https://comunicacionenenfermeria.wikispaces.com/06.+Tipos+de+Comunicaci%C3%B3n>. [citado 05 Feb 2016].
- (6) Cómo lograr una comunicación eficaz. Comunicación en Enfermería. 2013; Disponible en: <https://comunicacionenenfermeria.wikispaces.com/10.+C%C3%B3mo+lograr+una+Comunicaci%C3%B3n+eficaz>. [citado 05 Feb 2016].
- (7) Comunicación en Enfermería. 2014; Disponible en: <https://comunicacionenenfermeria.wikispaces.com/11.+Comunicaci%C3%B3n+en+Enfermer%C3%ADa>. [citado 05 Feb 2016].
- (8) Bascuñán ML. Comunicación de “malas noticias” en salud. Revista Médica Clínica Las Condes 2013;24(4):685-693.
- (9) National Center for Health Statistics (US). Healthy people 2010: Final review. Government Printing Office; 2011.
- (10) Salvador JJR. Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias. 2010 Septiembre 2010:11.
- (11) Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed) 1984 May 26;288(6430):1597-1599.
- (12) Ptacek J, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. JAMA 1996;276(6):496-502.
- (13) Almanza Muñoz JJ, Holland J. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente: I. Guía clínica práctica basada en evidencia. Rev.sanid.mil 1999;53(2):160-164.
- (14) Rowland J, Holland J. Handbook of psychooncology. In: Holland J. and Rowland J, editor. Psychological care of the patient with cancer New York: Oxford University Press; 1989. p. 71-72.
- (15) Dias L, Chabner BA, Lynch TJ,Jr, Penson RT. Breaking bad news: a patient's perspective. Oncologist 2003;8(6):587-596.
- (16) Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: Counselling about dreaded issues revisited. Counselling Psychology Quarterly 1993;6(1):69-80.

- (17) Malas noticias y apoyo emocional Bad news and emotional support. Anales Sis San Navarra; 2001.
- (18) Pérez M, Najarro F, Dulce M, Gallardo N, Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. Revista digital de Enfermería de Urgencias 2009;1(3): 15-20.
- (19) Barbero J. The patient's right to information: the art of communicating. Servicio de Hematología Hospital La Paz Madrid An Sist Sanit Navar 2006;29(3): 19-27.
- (20) de Vargas, C Echevarría Ruiz, Obrero IG, Gallardo JP, Herrera JP, Navarro CS, Domínguez AC. La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. Rehabilitación 2004;38(6):296-305.
- (21) Ishaque S, Saleem T, Khawaja FB, Qidwai W. Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. Journal of the Pakistan Medical Association 2010;60(5):407.
- (22) World Health Organization. Life expectancy graphed by WHO region for both sexes. Global Health Observatory data repository. 2014; Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.690g?lang=en>. [citado 18 Feb 2016].
- (23) World Health Organization. The top 10 causes of death. Media centre. 2014; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. [citado 19 Feb 2016].
- (24) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2012. 2014; Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>. [citado 20 Feb 2016].
- (25) García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Medicina intensiva 2006;30(9):452-459.
- (26) Martis L, Westhues A. A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: potential for research in India. Indian J Palliat Care 2013 Jan;19(1):2-11.
- (27) Arbabi M, Rozdar A, Taher M, Shirzad M, Arjmand M, Ansari S, et al. Patients' preference to hear cancer diagnosis. Iran J Psychiatry 2014 Mar;9(1):8-13.
- (28) Alrukban MO, Albadr BO, Almansour M, Sami W, Alshuil M, Aldebaib A, et al. Preferences and attitudes of the Saudi population toward receiving medical bad news: A primary study from Riyadh city. J Family Community Med 2014 May;21(2):85-92.
- (29) Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. Palliat Med 2000 Mar;14(2):105-110.
- (30) Li J, Liu C, Zou L, Huang M, Yu C, You G, et al. To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. J Clin Nurs 2008;17(18):2463-2470.
- (31) Ferraz Goncalves J, Castro S. Diagnosis disclosure in a Portuguese oncological centre. Palliat Med 2001 Jan;15(1):35-41.
- (32) Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. J Med Ethics Hist Med 2014 Nov 12;7:18.

- (33) Rosenzweig M, Hravnak M, Magdic K, Beach M, Clifton M, Arnold R. Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. *Am J Crit Care* 2008 Jul;17(4):364-372.
- (34) Van-der Hofstadt CG, Quiles Y, Quiles M. J (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Valencia: Consellería de Sanitat .
- (35) Sugerencias para las relaciones enfermería-paciente. *Comunicación en Enfermería*. 2010; Disponible en: <https://comunicacionenenfermeria.wikispaces.com/13.+Sugerencias+para+las+relaciones+enfermer%C3%ADa-paciente>. [citado 05 Feb 2016].
- (36) Aein F, Delaram M. Giving bad news: a qualitative research exploration. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;16(6).
- (37) Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista médica de Chile* 2014;142(10):1306-1315.
- (38) Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal* 2010(1(1)):39-49.
- (39) Farhat F, Othman A, El Baba G, Kattan J. Revealing a cancer diagnosis to patients: attitudes of patients, families, friends, nurses, and physicians in Lebanon—results of a cross-sectional study. *Current Oncology* 2015;22(4):e264.
- (40) Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo clínico. 2016; Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=. [citado 15 Mar 2016].
- (41) Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio Cualitativo. 2016; Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=. [citado 15 Mar 2016].
- (42) Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. 2016; Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=. [citado 15 Mar 2016].
- (43) Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AA. Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in Southwestern Nigeria: a cross sectional study. *Ann Afr Med* 2013 Oct-Dec;12(4):205-211.
- (44) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Oba A, Sakano Y, et al. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *PSYCHO ONCOL* 2005 12;14(12):1043-1051.
- (45) Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics* 2001 Jun;27(3):192-197.
- (46) Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2008;31(1):7-12.

- (47) Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* 2010 Fall;5(4):128-133.
- (48) Jonas LT, Silva NM, Paula JM, Marques S, Kusumota L. Comunicação do diagnóstico do câncer à pessoa idosa [Comunicação do diagnóstico do câncer a la persona anciana]. *Rev RENE* 2015.
- (49) Stayt LC. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs* 2009 05;18(9):1267-1275.
- (50) Tobin GA. Breaking bad news: a phenomenological exploration of Irish nurses' experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility (part 1). *Cancer Nurs* 2012;35(6):E21-E29.
- (51) Rassin M, Dado KP, Avraham M. The Role of Health Care Professionals in Breaking Bad News about Death: the Perspectives of Doctors, Nurses and Social Workers. *INT J CARING SCI* 2013 May;6(2):227-235.
- (52) Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs* 2010 07;66(7):1543-1555.
- (53) Galante Pereira AT, Louro Fortes IF, Galhanas Mendes JM. Communication of Bad News: Systematic Literature Review. *REV ENFERMAGEM UFPE* 2013 01;7(1):227-235.
- (54) Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL, Oliveira RC, Nóbrega MM, Lima da, Abrão FM, da Silva. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. *Rev enferm UERJ* 2014 10;22(5):674-679.
- (55) Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nurs Stand* 2014 07/09;28(45):51-58.
- (56) Radziewicz R, Baile WF. Leadership & professional development. Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncol Nurs Forum* 2001 07;28(6):951-953.
- (57) Farrell M. The challenge of breaking bad news. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* 1999 April 1999;15(2):101-110.
- (58) Griffiths J, Ewing G, Wilson C, Connolly M, Grande G. Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse. *Palliat Med* 2015 02;29(2):138-146.
- (59) Vázquez González A, Moya Meléndez R, Aponte Tomillo I, Nuño Morales P, Beardo Rodríguez G. Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. *Enferm Docente* 2015(103):33-37.
- (60) Santos DV, Massarollo MC. Nurses' attitude towards revealing the prognosis of no treatment possibility: a matter of bioethics. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004 Sep-Oct;12(5):790-796.
- (61) Aein F, Delaram M. Giving bad news: a qualitative research exploration. *Iran Red Crescent Med J* 2014 Jun;16(6):e8197.
- (62) Konstantis A, Exiara T. Breaking bad news in cancer patients. *Indian J Palliat Care* 2015 Jan-Apr;21(1):35-38.

- (63) Salem A, Salem A. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for muslim countries. *J Cancer Educ* 2013 12;28(4):790-794.
- (64) Rodríguez-Castillo C. Conspiración del silencio. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2015:213-221.
- (65) Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *INDIAN J PALLIAT CARE* 2010 05;16(2):61-65.
- (66) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5(4):302-311.
- (67) Breaking Bad News and Discussing Goals of Care in the Intensive Care Unit. *AACN ADV CRIT CARE* 2015 Apr;26(2):131-141.
- (68) López BV. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación* 2007;4(30).
- (69) VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001 Dec 15;64(12):1975-1978.
- (70) Miller SJ, Hope T, Talbot DC. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer* 1999 May;80(5-6):792-800.
- (71) Wand S, Schildmann J, Burchardi N, Vollmann J. Die Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 2008 1/17;101(10):645-651.
- (72) Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol* 2014 Mar;25(3):707-711.
- (73) Prados J, Cebriá J, Bosch J, Borrell F, Alonso S, Pérez-Valencia J. Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario Gatha Base. *Tribuna Docente* 2003;4(5):31-48.
- (74) Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención primaria* 2001;27(7):469-477.
- (75) Vega C, María A. Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario. 2010.
- (76) López-Santos V, Sánchez-Ramos JL, Toronjo-Gómez Á, Pedregal-González M, Rojas-Ocaña MJ, Contreras-Martín Á. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria: El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. *Index de Enfermería* 2008;17(3):173-177.
- (77) Ruiz Moral R, de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA. *Atención Primaria*. . 2006;37(6):320-324.

- (78) Ptacek JT, Ellison NM. Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Crit Care Nurs Q* 2000 08;23(2):51-59.
- (79) Herrera A, Rios M, Manriquez JM, Rojas G. Breaking bad news in clinical practice. *Rev Med Chil* 2014 Oct;142(10):1306-1315.
- (80) Bardales AF, QuerevalÃ° D,L., Maquera-Afaray J. Communicating bad news: experience in a hospital of Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 2014 -07:603-604.
- (81) Lima MS, Rêgo RMV, Maia, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra, Nogueira LSS, Souza ÂMA. Psychic suffering of nurses assistances in a general hospital: challenges and possibilities. *Rev Enferm UFPE On Line* 2014(8(2)):286-293.
- (82) Artús A, Beux V, Pérez S. Comunicación de malas noticias. *Biomedicina* 2012;7(1):28-33.
- (83) Santos C, Shiratori K. comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. *Enfermería Global* 2008;7(1).
- (84) Peterson EB, Porter MB, Calhoun AW. A simulation-based curriculum to address relational crises in medicine. *J Grad Med Educ* 2012 Sep;4(3):351-356.
- (85) Lino CA, Augusto KL, Oliveira RASd, Feitosa LB, Caprara A. Using the Spikes protocol to teach skills in breaking bad news^ien. *Rev bras educ méd* 2011 03;35(1):52-57.
- (86) Bays AM, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, et al. Interprofessional communication skills training for serious illness: evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *J Palliat Med* 2014 Feb;17(2):159-166.
- (87) Malloy P, Virani R, Kelly K, Munévar C. Beyond bad news: communication skills of nurses in palliative care. *J HOSP PALLIAT NURS* 2010 2010;12(3):166-176.

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

Anexo 1. Tablas de evaluación de artículos.

BASE DE DATOS	TITULO Y AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	GUÍA CASPE UTILIZADA	PUNTUACIÓN OBTENIDA	SELECCIONADO
LILACS	Uso del protocolo SPIKES para enseñar habilidades en la comunicación de malas noticias <i>Lino C.A et al.</i> ⁽⁸⁵⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	8/10	SI
	La comunicación de malas noticias en pacientes sin posibilidad de curación y la familia: el papel de enfermería <i>Andrade C.G et al.</i> ⁽⁵⁴⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
CUIDEN	Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias <i>Vázquez González A et al.</i> ⁽⁵⁹⁾	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
	El sufrimiento psíquico de las enfermeras en un hospital general: retos y posibilidades <i>Lima M.S et al.</i> ⁽⁸¹⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
	Comunicación del diagnóstico de cáncer para los ancianos <i>Jonas L.T et al.</i> ⁽⁴⁸⁾	Revisión sistemática	Revisión	10/10	SI

MEDLINE	Transmitir malas noticias: una exploración fenomenológica de experiencias de enfermeras de Irlanda <i>Tobin G.A.⁽⁵⁰⁾</i>	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
	El desafío de comunicar las malas noticias <i>Farell M⁽⁵⁷⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
	Estrategias para la comunicación de malas noticias en pacientes con cáncer <i>Becze E</i>	Revisión sistemática	Revisión	4/10	NO
	(AGBS) Una herramienta para la evaluación comunicativa en la comunicación de malas noticias <i>Wand S et al.⁽⁷¹⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
PUBMED	Perspectivas de las enfermeras sobre las malas noticias a los pacientes y sus familias: análisis cualitativo del contenido <i>Abbaszadeh A et al.⁽³²⁾</i>	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
	Malas noticias en el ámbito clínico – experiencia de los profesionales de salud y la competencia percibida en el suroeste de Nigeria: un estudio transversal <i>Adebayo P.B et al.⁽⁴³⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Cómo romper las malas noticias: actitudes de médicos y enfermeras <i>Arbabi M et al.⁽⁴⁷⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI

La mala noticia en lesiones de la médula espinal <i>Kirshblum S y Fichtenbaum J⁽⁴⁶⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
Transmitir las malas noticias <i>Vandekieft G.K⁽⁶⁹⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	8/10	SI
SPIKES – Protocolo de seis pasos para dar malas noticias: aplicación al paciente con cáncer <i>Baile W.F et al.⁽⁶⁶⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad una virtud <i>García Díaz F</i>	Revisión sistemática	Revisión	4/10	NO
Entrega de malas noticias en la práctica clínica <i>Herrera A et al.⁽³⁷⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	8/10	SI
Dando malas noticias: una investigación cualitativa <i>Aein F y Delaram M⁽⁶¹⁾</i>	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
El desarrollo de un programa de calificación estructurado (BAS) para evaluar las habilidades de comunicación de malas noticias <i>Miller S.J et al.⁽⁷⁰⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
Capacitación para habilidades de comunicación interprofesional: evaluación de un grupo pequeño <i>Bays A.M et al.⁽⁸⁶⁾</i>	Ensayo clínico aleatorizado	Ensayo clínico	8/11	SI
La comunicación de malas noticias en pacientes con cáncer <i>Konstantisy A y Exiara T⁽⁶²⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI

	Un plan de estudios de simulación basado para abordar las crisis relacionales en medicina <i>Peterson E.B et al.</i> ⁽⁸⁴⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Malas noticias, lo que los pacientes quieren y lo que reciben: evaluación del protocolo SPIKES en Alemania <i>Seifart C et al.</i> ⁽⁷²⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Revelando un diagnóstico de cáncer a los pacientes: actitudes de los pacientes, familiares, amigos enfermeras y médicos de Líbano <i>Farhat F et al.</i> ⁽³⁹⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Decir la verdad y diagnóstico del paciente <i>Sullivan R.J et al.</i> ⁽⁴⁵⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	La actitud de las enfermeras en la revelación del pronóstico sin posibilidad terapéutica: una cuestión bioética <i>Dos Santos D.V y Massarollo MC</i> ⁽⁶⁰⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	10/10	SI
	Habilidades de comunicación: comunicación de malas noticias en el ámbito clínico <i>Radziewicz R y Baile W.F</i> ⁽⁵⁶⁾	Revisión sistemática	Revisión	8/10	SI
CINAHL	Las conversaciones en la atención al final de la vida: herramientas de comunicación para cuidados críticos <i>Shannon S et al.</i>	Ensayo clínico	Ensayo clínico	5/10	NO

Más allá de las malas noticias: habilidades de comunicación de las enfermeras en los cuidados paliativos <i>Malloy P et al.</i> ⁽⁸⁷⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
Comunicación de malas noticias: revisión sistemática de la literatura <i>Pereira AT et al.</i> ⁽⁵³⁾	Revisión sistemática	Revisión	10/10	SI
Dar malas noticias y discusión de objetivos de la atención en la unidad de cuidados intensivos <i>Hollyday S y Buonocore D</i> ⁽⁶⁷⁾	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
Recepción de malas noticias sobre en cáncer en Japón <i>Fujimori M et al.</i> ⁽⁴⁴⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	9/10	SI
SPIKES: un marco para transmitir malas noticias a pacientes con cáncer <i>Kaplan M</i>	Cualitativo	Estudio cualitativo	4/10	NO
Malas noticias: las cuestiones en relación con la práctica enfermera <i>Warnock C</i> ⁽⁵⁵⁾	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
Comunicación de malas noticias: habilidades para conversaciones difíciles <i>Davenport L y Schopp G</i>	Revisión sistemática	Revisión	3/10	NO
Protocolo “BREAKS” para transmitir malas noticias <i>Narayanan V et al.</i> ⁽⁶⁵⁾	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
Las malas noticias en el ámbito clínico para pacientes	Estudio transversal	No valorable	-	SI

	hospitalizados: el papel de la enfermera <i>Warnock C et al.</i> ⁽⁵²⁾				
	Rompiendo malas noticias: corriente y guía práctica para los países musulmanes <i>Salem A y Salem A.F</i> ⁽⁶³⁾	Revisión sistemática	Revisión	8/10	SI
	El papel de los profesionales de salud en la comunicación de malas noticias sobre la muerte: perspectivas de médicos, enfermeras y trabajadores sociales <i>Rassin M et al.</i> ⁽⁵¹⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Malas noticias en las transiciones al morir: una exploración cualitativa <i>Griffiths J et al.</i> ⁽⁵⁸⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	10/10	SI
	Proveedores de servicios de salud: perspectivas sobre la comunicación de malas noticias a los pacientes <i>Ptacek J.T y Ellison N.M</i> ⁽⁷⁸⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	La muerte, la empatía y la auto-preservación: el trabajo emocional de cuidar para las familias de los enfermos críticos en cuidados intensivos para adultos <i>Stayt L.C</i> ⁽⁴⁹⁾	Cualitativo	Estudio cualitativo	10/10	SI
SCIELO	Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital de Perú <i>Bardales A.F et al.</i> ⁽⁸⁰⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
GOOGLE SCHOLAR	Conspiración del silencio <i>Rodríguez Castillo C</i> ⁽⁶⁴⁾	Revisión sistemática	Revisión	10/10	SI

	Repercusiones psico-emocionales en el profesional de enfermería encargado de comunicar y aclarar malas noticias: aproximación fenomenológica <i>Mejías Gallego A</i>	Cualitativo	Estudio cualitativo	NO TIENE RESULTADOS	NO
	Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera <i>González M.R.⁽³⁸⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	10/10	SI
	Comunicación de malas noticias en salud <i>Bascañan M.L.⁽⁸⁾</i>	Revisión sistemática	Revisión	7/10	SI
BÚSQUEDA SECUNDARIA O INVERSA	Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario Gatha Base <i>Prados J.A et al.⁽⁷³⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES <i>Ruiz-Moral R et al.⁽⁷⁴⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario <i>Vega AM⁽⁷⁵⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA <i>Ruiz-Moral R y de Torres L.P.⁽⁷⁷⁾</i>	Estudio transversal	No valorable	-	SI

	Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria: El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA <i>López-Santos V et al.</i> ⁽⁷⁶⁾	Estudio transversal	No valorable	-	SI
	Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias <i>López B.V.</i> ⁽⁶⁸⁾	Revisión sistemática	Revisión	9/10	SI

Fuente: elaboración propia.

9.2 Anexo 2

Anexo 2. Resultados sobre las dificultades de los profesionales de enfermería en la CMN.

ARTÍCULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA (N)	RESULTADOS
Entrega de malas noticias en la práctica clínica <i>Herrera A et al.</i> ⁽³⁷⁾	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre sobre las expectativas del paciente - Temor a destruir las esperanzas del paciente - Miedo a una reacción inapropiada - Retraimiento por haber dado esperanzas demasiado optimistas al paciente - No sentirse lo suficientemente preparado para abordar la situación emocional del paciente - Miedo a la ineficacia del tratamiento - Estrés por carga de responsabilidad
Cómo romper las malas noticias: actitudes de médicos y enfermeras <i>Arbabi M et al.</i> ⁽⁴⁷⁾	Estudio transversal	N=100 50 médicos 50 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó un cuestionario para evaluar las actitudes del personal donde los ítems propuestos debían ser valorados por el personal en función de su acuerdo mediante la escala Likert (1=totalmente en contra, 5=totalmente de acuerdo). Posteriormente se realizó la media de las puntuaciones obtenidas del profesional de enfermería. El factor que más dificulta la entrega de MN es la preocupación por la ansiedad y la reacción emocional del paciente (4.16/5) - El 94% de las enfermeras declaró que no habían sido formadas en la CMN

			<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales que habían sido entrenados en habilidades para CMN estaban más dispuestos a informar a los pacientes sobre el diagnóstico ($p < 0,339$) - Los profesionales que tenían miedo de su incapacidad de responder a las preguntas y de no tener una reacción apropiada expresó el diagnóstico con menos frecuencia ($p < 0,063$ y $p < 0,152$ respectivamente)
<p>Perspectivas de las enfermeras sobre las malas noticias a los pacientes y sus familias: análisis cualitativo del contenido</p> <p><i>Abbaszadeh A et al</i>⁽³²⁾</p>	Estudio cualitativo	N=19 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades comunicacionales - Características de la información que se transmite: complejidad del tratamiento, riesgos de las intervenciones médicas y quirúrgicas y preferencias personales de los pacientes - Miedo a empeorar la gravedad de la situación
<p>La actitud de las enfermeras en la revelación del pronóstico sin posibilidad terapéutica: una cuestión bioética</p> <p><i>Santos D.V y Massarollo M.C</i>⁽⁶⁰⁾</p>	Estudio cualitativo	N=25 enfermeras	<p>Se citan diversos obstáculos que aumentan la inseguridad de los profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad que interfiere en el proceso de comunicación - El bajo nivel de comprensión - El estado emocional del paciente - Falta de preparación de las enfermeras
<p>Las malas noticias en el ámbito clínico para pacientes hospitalizados: el papel de la enfermera</p> <p><i>Warnock C et al</i>⁽⁵²⁾</p>	Estudio transversal	N=236 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - 44.5% de las enfermeras a veces no disponían de tiempo para realizar una CMN adecuada - El paciente no quiere saber la noticia a veces (55.5%) - El 49.1% a veces tuvo problemas con las barreras comunicativas del lenguaje - El 52.8% no se sentían preparadas para hacer frente a la situación inesperada - No tener suficiente información fue calificada como la mayoría de las veces por el 10,6% y algunas veces por el 45.8% de las enfermeras
<p>La muerte, la empatía y la auto-preservación: el trabajo emocional de cuidar para las familias de</p>	Estudio cualitativo	N=12 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes describieron las MN como un papel integral en su calidad como proveedores de información, sin embargo, en las narraciones expresaban su incomodidad con esta comunicación

los enfermos críticos en cuidados intensivos para adultos <i>Stayt L.C</i> ⁽⁴⁹⁾			<ul style="list-style-type: none"> - Algunos participantes mostraron una falta de confianza en la ruptura de las MN y con mucha frecuencia se sentían con una formación inadecuada - Los participantes perciben esta tarea como una fuente de estrés
Malas noticias en las transiciones al morir: una exploración cualitativa <i>Griffiths J et al</i> ⁽⁵⁸⁾	Estudio cualitativo	N=40 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Los relatos de las enfermeras de este estudio revelaron el temor que sentían a la reacción emocional del paciente tras la CMN y el manejo de esta situación - Se destacó también la dificultad de déficit de comunicación y coordinación entre el equipo multidisciplinario a la hora de la planificación de la CMN - Falta de confianza en sí mismas a la hora de enfrentarse a la situación por carecer de una formación formal en CMN
Proveedores de servicios de salud: perspectivas sobre la comunicación de malas noticias a los pacientes <i>Ptacek J.T y Ellison N.M</i> ⁽⁷⁸⁾	Estudio transversal	N=115 profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - el 93,9% de los encuestados indicaron que la CMN les había supuesto una experiencia con emociones negativas - El 82% de los encuestados indicaron que no había recibido un entrenamiento formal en la CMN, lo que les suponía una dificultad - El 92,9% de los participantes sienten la necesidad de participar en la mejora de la situación puesto que se sienten frustrados por cómo se entregan las MN - Las enfermeras se ven afectadas más directamente por las consecuencias de la CMN que los médicos. Esto es debido a su relación única con el paciente y la familia tras dicha situación
Dar malas noticias y discusión de objetivos de la atención en la unidad de cuidados intensivos <i>Hollyday S y Buonocore D</i> ⁽⁶⁷⁾	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras clínicas: los profesionales sienten temor de la reacción emocional del paciente y sus familias cuando les entregan las MN: ira, culpa, tristeza, etc. - Sentimientos del profesional de fracaso y miedo a no saber dar respuesta a las preguntas del paciente - Falta de experiencia personal ante estas situaciones - Los profesionales a veces no aceptan la imposibilidad de cura debido a las altas expectativas de la sociedad y de la medicina en los tratamientos - Limitaciones de tiempo del profesional para dedicarlo a realizar una adecuada CMN
Comunicación de malas noticias: revisión sistemática de la literatura <i>Pereira A.T et al</i> ⁽⁵³⁾	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Los principales protagonistas en la CMN son el profesional que la da, el paciente y la familia. Los profesionales de la salud deben de planificar y gestionar estos difíciles momentos, y se enciernen con una serie de dificultades: miedo a ser culpado por su responsabilidad, miedo a la reacción emocional del paciente, miedo a no saber responder las preguntas planteadas por el paciente o la familia y temor a la enfermedad y a la muerte

			<ul style="list-style-type: none"> - Algunas enfermeras generan un apego emocional hacia determinados pacientes, que pueden causar dependencia, haciendo este proceso aún más difícil - Los profesionales no se sienten lo suficientemente preparados para CMN y enfrentarse a ellas
Más allá de las malas noticias: habilidades de comunicación de las enfermeras en los cuidados paliativos <i>Malloy P et al</i> ⁽⁸⁷⁾	Estudio transversal	N=333 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras con menos experiencia (2-10 años) indicaron más dificultades para hablar con los pacientes una vez que habían recibido la MN (6.7 puntos de media en una escala del 0 al 10 donde 0 = no es difícil y 10 = muy difícil) - Las enfermeras con más experiencia (más de 10 años) indicaron una puntuación media de 4.3; de más de 20 años una puntuación de 3.8 y de más de 30 años de 2.7 - Las dificultades más frecuentes que encontraron las enfermeras con menos experiencia (menos de 10 años) fueron: hablar con los miembros de la familia del paciente enfermo (4.3 de media); discutir las decisiones (3.5 de media); hablar con los médicos sobre temas de cuidados paliativos (5.3 de media) y hablar con los pacientes y la familia sobre cuidados paliativos (3.6 de media). - Las dificultades más frecuentes que encontraron las enfermeras con más experiencia (de 10 años en adelante) fueron: permanecer en silencio y escuchar los sentimientos de paciente o la familia (3.4 de media) y hablar con pacientes y familias de diferentes culturas (4.4 de media) - Todas las enfermeras calificaron como muy difícil hablar con los pacientes sobre las preocupaciones espirituales
Habilidades de comunicación: comunicación de malas noticias en el ámbito clínico <i>Radziewicz R y Baile W.F</i> ⁽⁵⁶⁾	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras pueden temer que el intercambio de información negativa sea capaz de causar sentimientos como la desesperanza, depresión, desolación, etc. - Puede resultar una tarea incómoda debido a la falta de experiencia y formación - Puede producir malestar emocional con las reacciones del paciente como ira o negación que son proyectadas en los profesionales de salud
Malas noticias: las cuestiones en relación con la práctica enfermera <i>Warnock C</i> ⁽⁵⁵⁾	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud de rechazo o inquietud por parte de los proveedores de la información por tener que implicarse en la situación y enfrentarse a la respuesta emocional del paciente. Estas reacciones no son predecibles y puede amenazar al comportamiento, negociación y silencio del profesional - La gestión de estas emociones requiere habilidades y conocimientos de las que carecen - Falta de disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales - Determinar con acierto el deseo a saber del paciente - Las enfermeras pueden sentir culpa o sensación de fracaso por no haber podido arreglar la situación del paciente o si pusieron expectativas altas con respecto a su situación

			<ul style="list-style-type: none"> - La gestión de los propios sentimientos negativos durante el proceso - Temor a causar daño al paciente por destruir sus esperanzas
<p>La comunicación de malas noticias en pacientes sin posibilidad de curación y la familia: el papel de enfermería <i>Andrade C.G de et al</i>⁽⁵⁴⁾</p>	Estudio cualitativo	N=28 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras relataban que tendían a rehuir el tema para evitar el sufrimiento del paciente y protegerlo - Los informes recogidos revelan que prefieren ocultar la verdad para evadirse de la situación y minimizar el sufrimiento del paciente
<p>Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital de Perú <i>Bardales A.F</i>⁽⁸⁰⁾</p>	Estudio transversal	N=317 profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes del estudio calificaron con las siguientes puntuaciones las dificultades a la hora de CMN: 46% informar del fallecimiento de una persona; 30% ofrecer un diagnóstico de una enfermedad con mal pronóstico; 19% discutir el manejo del final de la vida; 3% comunicar la recurrencia de una enfermedad grave y el 2% explicar el uso de tratamiento paliativos - Casi el total de los participantes (90%) reconoció que la CMN es un proceso difícil y que el 72% no había recibido ningún tipo de capacitación para hacerlo
<p>Comunicación de malas noticias en salud <i>Bascuñan M.L</i>⁽⁸⁾</p>	Revisión	-	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha observado que la resistencia de los profesionales a informar de las MN se asocia a aquello que genera estrés, intensas emociones, sensación de responsabilidad por la información dada y temor a ser evaluados negativamente. - La dificultad para la CMN se ha asociado también a características de la formación profesional, ya que no se enfoca a estos temas durante la etapa formativa - Las características del entorno social y cultural que determinan las preferencias y expectativas de cada paciente crean variaciones entre regiones con respecto a la comunicación y la participación del paciente en la toma de decisiones
<p>El sufrimiento psíquico de las enfermeras en un hospital general: retos y posibilidades <i>Lima M.S et al</i>⁽⁸¹⁾</p>	Estudio cualitativo	N=40 enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - En 8 enfermeras participantes, se identificó que la proximidad, la incertidumbre, el riesgo a hacer frente a circunstancias que resultan en la práctica cuando el paciente recibe el pronóstico de su vida son factores que consideran como desafíos - La mayoría de las enfermeras no se sentían preparadas a tratar situaciones impredecibles

Fuente: elaboración propia.

9.3 Anexo 3

Anexo 3. Guía práctica IGAD.

ETAPAS	DESARROLLO
1) I: Entrevista	La familia en los países musulmanes ocupa un lugar central en la toma de decisiones del paciente. El profesional de salud deberá preguntar al paciente en privado para la aprobación de la presencia de familiares u otras personas cercanas. Además, la entrevista se llevará a cabo en una habitación de tamaño adecuado y privada.
2) G: Recopilación	La habilidad de percepción del profesional debe recoger tanto señales no verbales como verbales para determinar el grado de conocimiento que tiene el paciente.
3) A: Evaluar y lograr	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la influencia de dos factores relevantes en la cultura musulmana: la religión y la familia. Determinar en qué medida intervienen esos factores en la percepción, expectativas del paciente y su propia imagen. - Conseguir una buena relación con el paciente para favorecer el curso de la comunicación.
4) D: Decidir, divulgar y discutir	<p><u>Decidir</u>: una vez que se tiene toda la información pertinente, se debe decidir sobre la cantidad de información que recibe el paciente y el enfoque que debería tener para comunicar la MN.</p> <p><u>Divulgar</u>: es la revelación de la MN en los términos apropiados.</p> <p><u>Discutir</u>: consiste en ponerse de acuerdo con el paciente sobre la situación, resumir el contenido para cerciorarse de su comprensión e incorporar apoyo emocional y empatía de acuerdo a las preferencias del paciente.</p>

Fuente: elaboración a partir de Salem A y Salem A.F (2013)⁽⁶³⁾.

9.4 Anexo 4

Anexo 4. Protocolo SPIKES o EPICEE.

ETAPAS	DESARROLLO
<u>1ª Fase: Preparación del entorno y del profesional (Setting)</u>	Consiste en la disposición, tiempo y conocimiento por parte del profesional con respecto a la información. Es necesario un lugar físico tranquilo y privado donde se va a realizar la comunicación. Entre las recomendaciones se aconseja saludar al paciente por su nombre, establecer contacto físico en cierta medida, tomar asiento junto al paciente a una distancia próxima y adoptar una postura corporal relajada y segura. Se le preguntará al paciente la presencia de la familia o personas significativas durante la entrevista.
<u>2ª Fase: Explorar el conocimiento del paciente sobre su situación (Perception)</u>	Significa indagar en lo que el paciente sabe de la situación, así como sus sentimientos y preferencias. Es importante la recogida de información tanto verbal como no verbal y su interpretación realista.
<u>3ª Fase: Conocer el deseo a saber del paciente (Invitation)</u>	Consiste en determinar en qué medida el paciente quiere saber la noticia. Ésta es una invitación a recibir información que se le ofrece al paciente, y debe de hacerse con delicadeza y clarificando las preferencias personales.

4ª Fase: Comunicar la información (Knowledge)	El profesional asume el rol de educador. En este punto son importantes cuatro recomendaciones: - Utilizar un lenguaje claro y sencillo, en términos adaptados al paciente. - Ofrecer la información dosificada y progresiva utilizando las pausas adecuadamente y anticipando el momento. - Comunicar reforzando los aspectos que maneja el paciente y las circunstancias positivas. - Asegurarse de que el paciente ha comprendido la información que se le ha proporcionado, dándole sentido a los hechos.
5ª Fase: Explosión y recepción de sentimientos (Empathy)	Es el aspecto determinante en una CMN favorable y el más difícil de llevar a cabo. Dar respuesta a la emoción del paciente supone reconocerla y verbalizarla, demostrando empatía hacia el paciente. La secuencia de emociones que experimenta el paciente son: shock e incredulidad, terror y angustia, negación, ira y resentimiento, aflicción y tristeza, asimilación y aceptación. Esta secuencia no se da siempre en orden.
6ª Fase: Planificación y seguimiento (Strategy and summary)	Es la definición de una estrategia conjunta donde se enuncien los pasos que hay que seguir, es decir, un plan de actividades enfocado al paciente, haciéndolo participe a su vez.

Fuente: elaboración a partir de Herrera A (2014)⁽³⁷⁾.

9.5 Anexo 5

Anexo 5. Protocolo BREAKS.

ETAPAS	DESARROLLO
B) Fondo	Conocimiento exhaustivo de la situación del paciente (estado de salud y emocional, habilidades de afrontamiento, nivel educativo y sistemas de apoyo disponibles) y la preparación previa a la situación que se va a presentar. Es importante evitar las barreras físicas e interrupciones, así como cuidar la comunicación no verbal.
R) Compenetración	Establecer una buena relación con el paciente para el desarrollo de la conversación, evitando actitudes paternalistas.
E) Explorar	Indagar en los pensamientos y sentimientos del paciente para determinar si existen conflictos entre sus creencias y la información que se le va a transmitir. Involucrar a personas significativas para el paciente en este proceso resulta de ayuda para obtener más información, pero debe hacerse cuidadosamente y siempre con el consentimiento del paciente.
A) Anunciar	Revelación de la noticia paulatinamente y de manera anticipada, con el consentimiento del paciente. Es importante cuidar y adaptar el lenguaje y hacer un uso adecuado del silencio para permitir que el paciente exprese sus emociones.
K) Reacción	Respuesta del paciente a la noticia. Ésta puede ser predecible y por lo cual debemos de anticiparnos a ella y manejarla correctamente. El shock producido después de dar la MN hace que el paciente desconecte de la situación, por lo que debemos de hacer hincapié en su comprensión y en el seguimiento de la conversación.
S) Resumir	Resumen de la sesión y destacar los puntos más relevantes. Se debe enfatizar en las preocupaciones del paciente y en su estado emocional

	actual, ofreciendo ayuda, apoyo y esperanza. Se valora en conjunto con el paciente el plan de tratamiento o de cuidado que se va a seguir.
--	--

Fuente: elaboración a partir de Narayanan V (2010)⁽⁶⁵⁾.

9.6 Anexo 6

Anexo 6. Protocolo de Bennett & Alison.

ETAPAS	DESARROLLO
1. Preparación de la entrevista	Preparación del paciente mediante un encuentro anterior a la entrega de la MN.
2. Comienzo de la entrevista	Preparar el encuentro con anterioridad. La presencia de otro profesional (enfermera) debe tenerse en cuenta en este momento y después de la entrega de la noticia. En primer lugar, se realizará una breve introducción y se valorará el estado del paciente, el tiempo disponible y en ciertos casos la posibilidad de grabar la conversación.
3. Clarificar la historia y estrategias de afrontamiento del paciente	Explorar la interpretación del paciente sobre su situación usando preguntas abiertas y favorecer la participación de la persona en la conversación. Determinar si existe concordancia entre la noticia y la percepción del paciente y su deseo de saber.
4. Entrega de la mala noticia	Emplear un lenguaje congruente, no verbal, sencillo y claro. Antes se advertirá al paciente de la noticia, y después asegurarse de que ha sido comprendida.
5. Sosteniendo la respuesta	Mantener una actitud serena, comprensiva, objetiva y respetar el tiempo de asimilación. Hay que hacer un uso adecuado del silencio y darle tiempo al paciente para retomar la conversación.
6. Identificar otras preocupaciones	Reconocer los sentimientos del paciente después de la entrega de la MN.
7. Discutir el pronóstico	Evitar hacer predicciones específicas sobre el futuro del paciente para no crear falsas expectativas. Es más adecuado reconocer la incertidumbre si no se conoce el pronóstico exacto.
8. Cierre de la entrevista	Invitar al paciente a expresar emociones o preocupaciones no declaradas, y programar un seguimiento futuro.

Fuente: elaboración a partir de Herrera A (2014)⁽³⁷⁾.

9.7 Anexo 7

Anexo 7. Modelo SPIKES ENFERMERA.

ETAPAS	DESARROLLO
1 - Designación	Consiste en mostrar sensibilidad al sufrimiento del paciente.
2 - Comprensión	Conocer los temores, preocupaciones y percepciones del paciente.
3 - Respeto	Tratar al paciente con respeto para establecer una buena relación.
4 - Apoyo	Ayudar al paciente a hacer frente a la situación.
5 - Exploración	Favorecer que el paciente exprese sus emociones y sentimientos interiores y aclarar las dudas que puedan surgir.

Fuente: elaboración a partir de Pereira A.T (2013)⁽⁵³⁾.

9.8 Anexo 8

Anexo 8. Modelo ABCDE.

ETAPAS	DESARROLLO
A) <u>Preparación del ambiente (advance)</u>	Familiarizarse con la información del paciente, asegurarse un espacio para llevar a cabo la CMN y preparación de lo que se va a decir.
B) <u>Construir un ambiente terapéutico (build)</u>	Determinar las preferencias del paciente en cuanto a qué y cuánto quiere saber además de hacer partícipe a otros miembros (familia y otros) en el proceso si el paciente lo desea. Hacer una introducción a la MN para anticiparla y preparar al paciente.
C) <u>Comunicarse correctamente (communicate well)</u>	Hablar con franqueza, empatía, claridad y sencillez, y dejar que el paciente marque el ritmo de la conversación dándole tiempo y silencios pausados. Asegurarse de la comprensión de la información, resumir e invitar a hacer preguntas.
D) <u>Comprender la reacción del paciente (deal with patient and family reactions)</u>	Evaluar y responder adecuadamente a las reacciones mostrando apoyo.
E) <u>Estimular y valorar emociones (encourage and validate emotions)</u>	Ofrecer una esperanza realista sobre las opciones disponibles y no hacer que el paciente pierda la esperanza. Evaluar el impacto que ha tenido la noticia en el paciente y los sistemas de apoyo de los que dispone. El profesional debe coordinar el trabajo con el resto del equipo para atender a sus necesidades antes, durante y después de la MN.

Fuente: elaboración a partir de Kirshblum S y Fichtenbaum J (2008)⁽⁴⁶⁾.

9.9 Anexo 9

Anexo 9. Cuestionario GATHA BASE.

DATOS GLOBALES

CLAVE ENTREVISTA: _____

OBSERVADOR: _____

Tiempo de Consulta (mn):			
Sexo Profesional:	Hombre 0	Mujer 0	
Sexo Paciente:	Hombre 0	Mujer 0	
Acompañante:	SI 0	NO 0	

EJE 1º. -ACTITUD/CARACTERIS- TICAS DEL ENTREVISTADOR	SI	NO/NO PROC.	<u>CODIGO</u>
- Ha saludado al Paciente?.....	0	0	1. __
- En algún momento el profesional ha llamado por su nombre al paciente?.....	0	0	2. __
- Ha sonreído el profesional en algún momento de la entrevista?.....	0	0	3. __
- Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?.....	0	0	4. __
- Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del	0	0	5. __

paciente?.....			
- Deja hablar al paciente sin interrumpirle en ningún momento?.....	0	0	6. __
- Se expresa el profesional de forma segura?.....	0	0	7. __
- Mientras informa el profesional, mira a la cara del paciente?.....	0	0	8. __
- Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?.....	0	0	9. __
- Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?.....	0	0	10. __

EJE 2º. - TAREAS COMUNICACIONALES

	SI	NO/NO PROC.	CODIGO
- Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?.....	0	0	11. __
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido mas tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar.			
- Calidad?.....	0	0	12. __
- Evolución cronológica?.....	0	0	13. __
- Localización?.....	0	0	14. __
- Factores que lo modifican?.....	0	0	15. __
- Se conoce al final de la entrevista la idea que tenía el propio paciente sobre el	0	0	16. __

origen y/o causa de su síntoma o proceso?.....			
- Ha expresado el paciente al final de la entrevista las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado?.....	0	0	17. __
- Se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?.....	0	0	18. __
- Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?.....	0	0	19. __
- Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:			
- Estado de ánimo?.....	0	0	20. __
- Acontecimientos vitales estresantes?.....	0	0	21. __
- Entorno sociofamiliar?.....	0	0	22. __
- Ha abordado el profesional factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?.....	0	0	23. __
- Ha informado el profesional sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente?.....	0	0	24. __
- Ha informado sobre la evolución que puede seguir el proceso?.....	0	0	25. __

- Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?.....	0	0	26. __
- Comprueba la asimilación de la información suministrada?.....	0	0	27. __
- El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?.....	0	0	28. __
- Se despide del paciente?.....	0	0	29. __

EJE 3°.- HABILIDADES TECNICAS SI NO/NO PROC. CODIGO

- Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de las siguientes técnicas:

- Preguntas abiertas?.....	0	0	30. __
- Contacto visual-facial?.....	0	0	31. __
- Señalamientos?.....	0	0	32. __

- Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

- Ejemplificación?.....	0	0	33. __
- Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?.....	0	0	34. __
- Instrucciones por escrito?.....	0	0	35. __

- Ha utilizado el profesional alguna de las

siguientes técnicas de negociación:

- Respuesta evaluativa?.....	0	0	36. __
- Exploración de creencias?.....	0	0	37. __
- En caso de emociones ha tenido contención emocional?.....	0	0	38. __
- Ha EVITADO alguno de los siguientes errores:			
- Mezclar consejos y/o información en la fase exploratoria?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	39. __
- Inducir respuestas?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	40. __
- Antagonizar?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	41. __
- Dar instrucciones sin orientar el problema?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	42. __
- Seguridades prematuras?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	43. __
- Utilizar jerga médica y/o tecnicismos sin explicar?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	44. __
- Tomar la decisión de forma unilateral?	SI Evita	NO Evita/No Proc.	45. __

HE REVISADO LA CUMPLIMENTACION DE TODOS LOS ITEMS

Fuente: Vega A.M (2010)⁽⁷⁵⁾.

9.10 Anexo 10

Anexo 10. Cuestionario GATHA-RES.

Datos globales			
- Tiempo de consulta (minutos):			
< 5 ()	5,1-10 ()	10,1-15 ()	> 15 ()
- Sexo profesional: () Varón () Mujer			
- Sexo paciente: () Varón () Mujer			
- Acompañante: () SÍ () NO			
Respuestas posibles a cada una de las siguientes preguntas SÍ o NO/NO APLICABLE			
EJE 1.º- ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR			
1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?			
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?			
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?			
4. Mientras informa el profesional. ¿mira a la cara del paciente?			
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?			
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?			
EJE 2.º- TAREAS COMUNICACIONALES			
7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?			
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:			
8. La evolución cronológica?			
9. La localización?			
10. El/los factores que lo modifican?			
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?			
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?			
- Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:			
13. El estado de ánimo?			
14. Los acontecimientos vitales estresantes?			
15. El entorno sociofamiliar?			
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?			
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?			
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?			
19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?			
20. ¿Se despide del paciente?			
EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS			
- Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas?:			
21. Contacto visual-facial			
22. Señalamientos			
- Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas?:			
23. Ejemplificación			
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?			
- ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación?:			
25. Respuesta evaluativa			
26. Exploración de creencias			
27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?			

Fuente: Ruiz Moral R et al (2001)⁽⁷⁴⁾.

9.11 Anexo 11

Anexo 11. Cuestionario CICAA.

Apéndice 1. Cuestionario CICAA				
Datos globales: PROYECTO: _____		CLAVE: _____		OBSERVADOR: _____
Tiempo total de consulta (seg. y min.):	Hasta explorar (seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de consulta: 1)..... 2)..... 3).....	
Profesional: M () F ()	Tipo: Med. () Resi. () Enfer. ()			
Especialidad:	Docente: Sí () No ()		Proceso: Agudo () Crónico ()	
Paciente: M () F () JR () E ()	Acompaña: Sí () No ()		Visita: Inicial () Revisión ()	
TAREA 1.ª CONECTAR				
	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS				
	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR				
	NP	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar acerca de la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
NP: No procede; (0): muy escasamente o escasamente; (1): aceptablemente; (2): casi totalmente o totalmente				
He revisado la cumplimentación de todos los ítems <input type="checkbox"/>				
PUNTUACIÓN TOTAL/n.º ítems con NP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Fuente: Ruiz Moral R y de Torres L.P (2006)⁽⁷⁷⁾.