

La comunicació de males notícies al pacient: Una proposta per a la sensibilització als professionals de la salut



Marta Guiu Capellas
Universitat Oberta de Catalunya
Grau de Comunicació
Professora responsable: Ruth Pagès
Juny de 2017

A tots aquells que han lluitat, lluiten o lluitaran contra una malaltia crònica.

Resum

La comunicació i, per tant, la relació entre metge i pacient es remunta als inicis de la pròpia història humana, però la que ha suscitat l'interès d'aquest treball és la parcel·la que ocupa la comunicació de males notícies a pacients crònics com el de càncer, cor o diabetis. Els objectius que s'han perseguit durant la investigació han estat: conèixer el grau de satisfacció del pacient crònic en la comunicació de males notícies i el rol del metge, i més concretament en referència a la comunicació del seu diagnòstic, identificar el canal o canals que ha utilitzat el metge a l'hora de comunicar la mala notícia al pacient, veure les propostes que fa el pacient per a la millora de la comunicació de la mala notícia, conèixer la satisfacció del pacient amb el volum d'informació rebuda i, per acabar, conèixer l'opinió dels professionals mèdics en referència a la comunicació actual entre metge i pacient. La metodologia que s'ha utilitzat per tal d'arribar a aquests objectius és la quantitativa i qualitativa, mitjançant la tècnica de tipus enquesta.

Es proposa, doncs, un camí que permetrà al lector veure com ha estat la relació entre metge i pacient des dels temps immemorials, fins a l'actualitat. També podrà veure com la teoria de la comunicació interpersonal i del *frame* permet aproximar-nos a l'anàlisi de com és aquesta comunicació de males notícies, analitzant els resultats de l'estudi realitzat a partir de les enquestes. S'analitza també la formació que es dona sobre aquest tema a les facultats de medicina catalanes, i quines opcions té el professional mèdic a l'hora de formar-se en habilitats comunicatives per a la comunicació de males notícies al pacient. Finalment, es fa una proposta de sensibilització dirigida als metges tenint en compte tots els elements que es van desgranant en aquest treball.

Abstract

Communication and, therefore, the relationship between doctor and patient go back to the dawn of human history itself, but what attracted interest in this work is the area of communication of bad news to chronic patients such as those of cancer, diabetes or heart diseases. The objectives pursued during the research were to determine the degree of patient satisfaction when delivering bad news to chronic patients and the doctor's role, more specifically in reference to the communication of the diagnosis; to identify the channel or variety of channels that the doctor used to communicate bad news to the patient; to see the patients' proposals for improving the communication of bad news; to compare patient satisfaction with the volume of information received and, finally, to determine the opinion of medical professionals

regarding the current level of communication between doctor and patient. The methodology used to reach these goals is quantitative and qualitative, by means of surveys.

Thus, we propose a way of allowing the reader to see how the relationship between doctor and patient has been since time immemorial. The reader will also see how the theory of interpersonal communication and frame theory allow us to analyse how bad news has been communicated with an analysis of the results, which are based on surveys. This work also analyses the training given on the subject at medical faculties in Catalonia and which options are available to medical professionals regarding communication skills training on delivering bad news to patients. Finally, there is a proposal for raising awareness among doctors, taking into account all the elements that were analysed in this work.

Índex

1. Introducció	6
1.1. Presentació	6
1.2. Per què aquest TFG, una motivació personal	6
1.3. Per què aquest TFG, una necessitat real	7
2. Objectius	8
3. Metodologia	9
4. Contextualització i referents teòrics	10
4.1. Contextualització	10
4.1.1. El metge filòsof	10
4.1.2. La medicina monàstica	12
4.1.3. La secularització de la medicina	13
4.1.4. La medicina al servei de la comunitat	13
4.2. Referents teòrics	15
4.2.1. l'Escola de Palo Alto	15
4.2.2. Erving Goffman i la teoria del marc (<i>frame</i>)	17
4.3. Conclusions	17
5. La formació en comunicació	19
5.1. L'ensenyament a les universitats catalanes dins del Grau de Medicina	19
5.2. L'ensenyament fora del Grau de Medicina	21
5.3. Conclusions	22
6. La comunicació de males notícies	23
6.1. Protocol per a la comunicació de males notícies	23
6.2. Conclusions	24
7. La comunicació metge-pacient des de la perspectiva del pacient	26
7.1. Tipus d'estudi	26
7.2. Preguntes realitzades	26
7.3. Resultats obtinguts	27
7.4. Anàlisi dels resultats obtinguts	47
7.5. Conclusions	49
8. Proposta de sensibilització	51
8.1. Meta i objectius	51
8.2. El vídeo com a tècnica de relacions públiques	52
8.3. Elements persuasius del vídeo de sensibilització	52
8.4. Mesura de l'impacte del vídeo de sensibilització	53



9. Conclusions generals	54
Annex	55
Annex 1	55
Annex 2	56
Bibliografia	59

1. Introducció

1.1. Presentació

Aquest Treball Final de Grau té la pretensió de posar al damunt de la taula l'estat de la comunicació metge pacient, concretament, la comunicació de males notícies al pacient. Cada dia es repeteix als hospitals catalans una situació que els professionals de la salut han d'afrontar, molt sovint, sense tenir una guia de com fer-ho, això és com desenvolupar el procés de comunicació en el moment de donar una mala notícia al malalt. Per veure quin és l'estat de la qüestió, s'analitzen les principals corrents teòriques i fets que ens han portat al moment actual en la comunicació metge-pacient, i en un moment que ningú dubta en situar al pacient al centre del sistema de salut.

Seguint aquest propòsit, és important també descobrir què en pensen i com valoren els pacients de malalties cròniques el procés de comunicació que ha dut a terme el professional de la salut en la comunicació de males notícies, per aquesta raó, un apartat important d'aquest treball es destina a la investigació mitjançant entrevistes el resultat de les quals ens ha de permetre veure si hi ha una necessitat real de millorar la comunicació de males notícies per part del metge cap al pacient.

Per acabar, es fa una proposta de sensibilització dirigida als metges per tal que prenguin consciència de la necessitat i capacitat que tenen ells de dur a terme un procés comunicatiu eficaç i que els beneficiï tant a ells com sobretot al pacient.

1.2. Per què aquest TFG, una motivació personal

Aquest any farà dos estius que em van diagnosticar un càncer del sistema limfàtic. Sí, és una mala notícia que mai voldries sentir, però mentre això ja era inevitable, el que no ho era va ser com la meva doctora afrontaria el procés de comunicació de la mala notícia. En el meu cas, el canal, les paraules i dedicació haurien d'haver estat unes altres i, des del meu punt de vista com a pacient, millorables.

A partir d'aquí, i sabent que em quedava relativament poc per fer el TFG, vaig pensar que aquest era un tema que mereixia ser estudiat, sobretot perquè potser jo no havia estat l'única que m'havia trobat en una situació així. Al cap de pocs mesos, en Carles Capdevila, periodista i director del Diari Ara, feia públic que li havien diagnosticat un càncer. Des de llavors, ha elaborat diferents articles i inclús vídeos dedicats a la comunicació entre metge i pacient. Aquests fets, em demostraven que el tema importa i interessa, i que era una bona tria de TFG.

Tornant a la situació desencadenant d'aquest Treball Final de Grau, heu de saber que quan et trobes submergit en un tractament de càncer acabes tenint molt de temps per pensar, reflexionar i fer-te preguntes, preguntes que, en el meu cas, m'ajudaven a perfilar mentalment el meu Treball Final de Grau. Els metges no tenen una assignatura obligatòria de comunicació que hagin de cursar durant el grau? Hi ha un protocol marcat per donar males notícies al pacient? Situacions com la meua l'han viscuda altres pacients crònics? Què es podria fer des de la comunicació per tal que els metges empatitzessin amb el moment vital del pacient? Així doncs, durant el treball aniré desgranant la resposta a aquestes preguntes i d'altres que han anat sorgint conversant amb la professora responsable, parlant amb altres pacients crònics, o entrant en contacte amb altres fonts d'informació.

1.3. Per què aquest TFG, una necessitat real

Diferents autors han estudiat la importància de la comunicació entre el metge i el pacient. Més enllà de com es senti el pacient en el moment en el qual el metge es comunica amb ell, l'èxit o fracàs del procés comunicatiu pot influir, segons Fallowfield i Jenkins (1999), en l'exactitud i la integritat de la recollida de dades, en la varietat i número de símptomes provocats, i ofereix una avaluació més precisa i eficaç del tractament. També Ong et al., (1995) y Stewart, (1996) detectaven com la comunicació podia determinar l'adherència al tractament i les dietes, la gestió del dolor i la millora del benestar físic, funcional i psicològic. Bruera et al., (2001), expliquen també com les deficiències en comunicació entre el metge i el pacient poden provocar que el pacient senti incertesa sobre el diagnòstic que se li ha fet, el pronòstic de la malaltia o els resultats de les proves diagnòstiques.

La comunicació es torna doncs una qüestió de confiança entre el metge i el pacient. Es clar que pel metge tampoc és una tasca fàcil el fet d'haver de comunicar-li una mala notícia a una persona que fa poc que coneix. En poc temps, el metge haurà de decidir en quin detall explica les coses, si aprofundeix més en un tema o en un altre, amb quins sentiments ho diu i en quin moment aprofita per explicar més o menys, tot això tenint en compte que cada pacient és únic, i hi haurà pacients que voldran saber més, altres menys; alguns entendran millor de què va la malaltia i d'altres necessitaran que els hi expliquin més d'una vegada. El que no es pot negar, és que el com t'ho diuen, com et donen la mala notícia, és molt important, i així ho remarcava també en Carles Capdevila durant la vídeo-entrevista "La Comunicació en Salut, una qüestió de confiança" que va realitzar amb Josep Taberner, director del Vall d'Hebron Institut d'Oncologia.

2. Objectius

Objectiu general:

Conèixer quin és el grau de satisfacció que tenen els pacients crònics en la comunicació de males notícies, i el rol del metge.

Objectius específics:

Conèixer l'opinió del pacient crònic en referència a la comunicació del diagnòstic.

Identificar els canals utilitzats pel metge a l'hora de comunicar males notícies al pacient.

Descobrir les propostes que fa el pacient per la millora de la comunicació de les males notícies.

Conèixer la satisfacció del pacient amb el volum d'informació rebuda en el procés de comunicació.

Conèixer l'opinió de professionals mèdics en referència a la comunicació actual entre metge i pacient.

3. Metodologia

La metodologia utilitzada per a la consecució dels objectius abans presentats, serà la quantitativa i qualitativa. Dels objectius es desprèn que l'objecte d'estudi és el receptor, és a dir, el pacient i per tant, la tècnica serà tipus enquesta. Les preguntes seran dirigides cap a un tipus de resposta de "sí" o "no", o també per valorar numèricament nivells de satisfacció. Altres tipus de preguntes seran més obertes per tal d'aprofundir més en les propostes que té el pacient per la millora de la comunicació i que ens podran permetre fer la proposta de sensibilització (en cas que sigui necessària).

Amb aquesta metodologia es pretén poder investigar un grup ampli de persones, la quantificació i comparació de les respostes i la facilitat de l'anàlisi de la informació.

4. Contextualització i referents teòrics

4.1. Contextualització

La relació metge-pacient en la medicina occidental beu d'una història de més de 2.500 anys. Ja des de l'Antiga Grècia, els teòrics han intentat definir-la. Gràcies a aquets esforços, podem veure quins fenòmens, o teories han influït a la comunicació i relació metge-pacient que es desenvolupa avui. En aquest sentit, cal remarcar que l'ètica i la religió hi tindran gran influència, i faran que pateixi canvis que la configuraran tal com la coneixem actualment. Cal destacar també que, en l'últim terç del segle XX, la relació metge pacient va canviar més que en els 25 segles anteriors.

L'objectiu d'aquest apartat de contextualització és ajudar a ubicar el lector en la relació actual metge-pacient ja que influirà decisivament en el procés de comunicació i informació que, sobretot, haurà dut a terme el metge envers al pacient. Veurem com i quines són les teories de la comunicació i els fets que al llarg de la història han influenciat aquesta relació tan important.

Per tal d'ordenar la informació de manera cronològica es proposen les classificacions utilitzades per Lázaro i Garcia (2006).

4.1.1. El metge filòsof

Abans de l'aparició del metge hipocràtic de l'època clàssica, les malalties eren enteses com a càstigs o imposicions divines que els sacerdots, mitjançant la mística i les forces sobrenaturals, curaven o intentaven pal·liar. El metge hipocràtic es separa, doncs, de la figura sacerdotal o inclús del bruixot que el precedeix i crea una teoria lògica i natural de la salut i les malalties. Durant aquesta època els metges gaudiran de gran prestigi i fama.

Laín Entralgo (1969) explica com a l'època clàssica la relació entre el metge i el pacient es sostenia en un model basat en la *philia*, és a dir, en una relació d'amistat. Aquest concepte té una importància cabdal en com es fomentarà en el futur, i més concretament als nostres dies, la relació metge-pacient. Més enllà de l'ús que Aristòtil feu a *Ètica nicomaquea* (s.IV a.C.), hem d'entendre el concepte *philia* en referència amb l'amor fraternal en el qual té cabuda l'amistat i l'amor, un amor que busca promoure el bé comú quan es treballa en cooperació amb altres.

Plató també remarcava la importància i necessitat de la bona relació entre el metge i el pacient i observava que:

El médico libre, en cambio, cuida y examina, como cosa ordinària, las enfermedades de las gentes libres; estudia la enfermedad desde sus comienzos y según sus fundamentos naturales, cambia impresiones con el mismo enfermo y con los amigos y allegados de este y, al mismo tiempo que él, personalmente aprende junto a los enfermos, va instruyendo al mismo paciente, en la medida en que ello le es posible, sin prescribirle nada hasta que haya conseguido convencerlo de ello; y entonces, ayudado ya por la persuasión, tranquiliza y prepara continuamente a su enfermo, hasta lograr llevarlo poco a poco a la salud. (S. IV a. C.).

Cal remarcar, que aquest tracte que descriu Plató del metge en vers el pacient és, com diu el text, dirigit a "las gentes libres". Estem parlant, doncs, que és el que es procurava als pacients amb cert poder adquisitiu i en quedaven exclosos els homes no lliures, és a dir, els esclaus. En aquest cas, el tipus de medicina que es practicava paral·lelament era a càrrec d'altres professionals artesans, que realitzaven cerimònies de tipus supersticiós més properes als xamans.

Hipòcrates, per la seva banda, va teoritzar també àmpliament sobre la relació entre el metge i el pacient i va anar recollint en diferents tractats les seves teories i pautes sobre com havia de ser el metge. La col·lecció de tractats que formen el Corpus Hipocràtic (s. IV-V a. C.) i que inclou el famós i encara utilitzat Jurament Hipocràtic, equivaldrien al que avui coneixem com a codis deontològics que regeixen amb principis i normes ètiques el desenvolupament d'una activitat professional. En relació amb el tema que ens ocupa, a continuació veiem un fragment que ens deixa entreveure com la comunicació entre el metge i el pacient també era un tema que Hipòcrates considerava important i així ho expressava en el seu tractat sobre la decència:

Serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto a la respuesta, difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordancias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad...; y hablará declarando con su discurso, en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado, usando del buen decir... y fortificado por la buena reputación que de ello resulte.

Hipòcrates reflexiona igualment sobre l'art d'interrogar el pacient per tal d'esbrinar quina dolència patia. Així doncs, prenia gran rellevància conèixer què és el que explica el malalt, com ho explica i com el metge havia d'exercir el seu rol de receptor de les explicacions i discursos del pacient.

El mateix Laín Entralgo (1958) com els sofistes es van preocupar pel poder sanador de la paraula i la persuasió, i és que no podem oblidar la importància que durant l'antiga grècia es donava al poder de la persuasió i l'estatus social d'aquell que la posseïa. Ja en aquella època s'havia demostrat com la paraula oportuna del metge podia curar estats de còlera, així com també consolar el malalt.

4.1.2. La medicina monàstica

El cristianisme marcarà la tendència cap a una medicina entesa com a autoritària i sacerdotal, i basada, com en l'època anterior, en el paternalisme. D'una banda, es dibuixa una societat en la qual el metge, amb els seus coneixements tècnics, les seves qualitats personals i la seva ètica des de la perspectiva de la beneficència i la compassió, representa una figura d'autoritat de la qual el pacient dependrà. Els coneixements mèdics, que abans eren compartits, passen a ser manuscrits dins dels monestirs, i són els monjos o monges els que curaran els malalts des de les infermeries disposades en aquests recintes.

Laín Entralgo (1969) considera que en, aquest context, neix l'amor cristià i el clergue es dedica a la cura del malalt tal com el mateix Jesucrist ho faria. En aquest cas, aquesta nova medicina no diferencia de la mateixa manera els homes lliures dels homes pobres com passava a l'època clàssica, ja que el clergat actua per caritat, és l'amor cristià que es defineix com a amor al proïsme. L'accés a uns quants a l'ofici de la medicina i el poc avenç en les cures a les malalties de l'època provoquen una regressió en el camp de la medicina. La cura del malalt es veu supeditada a l'acció divina de Déu, aquesta circumstància tindrà una gran influència en la relació i comunicació entre pacient i "metge". El fet que la cura sigui obra de Déu, ens porta a un model en el qual el pacient, desconexor de les tècniques curatives i subjecte passiu de la seva condició, veu limitada la seva capacitat per prendre qualsevol decisió sobre el tractament de la seva malaltia. Un exemple de l'alt grau d'influència del cristianisme en el si de la medicina i de la política és la llei escrita segons la qual el malalt s'havia de confessar abans que el sacerdot el pogués curar, ja que es considerava que era el pecat el que podia portar la malaltia. En l'obra de referència de Laín Entralgo (1969), no trobem cap menció a tractats mèdics o lleis de l'època medieval que estipulessin com havia de ser la comunicació entre el metge i el pacient.

4.1.3. La secularització de la medicina

Les acaballes del segle XVIII amb la Revolució Francesa i les posteriors revolucions, com l'obrera i la Revolució Soviètica fins ben entrat el segle XX marquen l'etapa que podem definir de *secularització de la medicina*. Aquests fets provoquen un canvi profund en les societats, tant en l'àmbit polític, com econòmic i social. És el pas de l'Antic Règim a l'època moderna. Apareixen també nous filòsofs, com Kant, que aportaran revolucions en els corrents de pensament, sobretot relacionades amb la identitat del subjecte. La defensa de l'autonomia moral de l'home, i la seva expressió a través de la raó, de la seva llibertat, és una de les idees que defensarà el filòsof i que marcarà el pensament de les societats occidentals. Per a Kant, l'home està dotat de raó, coneix la realitat a partir de la raó, i és emancipat d'un ésser superior, secularitzat. L'home és lliure per mitjà de la raó. Estem davant de la revolució del subjecte, revolució que influenciarà inevitablement en la relació i comunicació entre el metge i el pacient.

Ens trobem en una fase històrica on conviuen la medicina per a rics i la medicina per a pobres. La primera dirigida als burgesos, la segona als proletaris. Tal com explica Laín Entralgo (1964):

Además de ser atendido y tratado, el enfermo de hospital se veía obligado a prestar su cuerpo viviente para la enseñanza clínica, y su cadáver para la enseñanza anatómica. En cuanto enfermaba, el cuerpo del pobre venía a ser res publica, o al menos res publicanda, frente a la inviolable condición privada del cuerpo del rico. Necesariamente había de entrar en crisis la asistencia médica y la relación entre el médico y el enfermo.

Segons el mateix Laín Entralgo, sorgeix un important canvi de tipus qualitatiu en la relació mèdica. En el cas que ens ocupa, això és el pas d'entregar el propi cos "sense condicions", a l'expressa i efectiva consciència del "dret a l'assistència". L'ajuda mèdica passa de ser beneficència a un "contracte" entre el pacient i el metge. El cos ja no és propietat de la medicina de manera automàtica i indiscutible, sinó que l'entrega del cos a la medicina és condicionada i susceptible de veto. La possessió del propi cos es privatitza, ja no és *res publica*. La mateixa revolució de l'individu portarà a la necessitat d'una personalització, tant de diagnòstic, com de tractament per al pacient.

4.1.4. La medicina al servei de la comunitat

Gracia y Lázaro (2003), defineixen la relació entre metge i pacient del segle XX amb el terme *oligàrquica*. Pels autors, aquest tipus de relació segueix essent vertical i asimètrica o complementària (vegeu l'apartat 4.2.1.), el pacient segueix essent, com el propi nom indica, un subjecte no actiu, no participant de la situació en què es troba. Aquest sistema també destaca

pels diferents perfils de professionals que intervenen en la cura del malalt (d'aquí la utilització del terme *oligarquia*). Aquesta etapa, però, durarà poc, fins la que ens porta als nostres dies.

Serà a finals del segle XX que hi haurà un canvi substancial en la relació metge-pacient. Siegler (2011) explica que als Estats Units principalment es comença a produir un canvi que propiciarà l'autonomia del pacient. Aquesta etapa, que s'iniciaria el 1945, estarà marcada per grans avenços en la comprensió i tractament de les malalties. Comença una etapa que es fonamenta en les llibertats i drets dels pacients. Així és com prenen força conceptes mèdics com el consentiment informat.

Segons Siegler (2011), el final de la Segona Guerra Mundial va suposar un canvi en la concepció dels drets humans. És en aquest moment de canvis profunds a nivell social, econòmic i polític, en el qual trobem també el sorgiment d'un moviment generalitzat a tot occident per a la defensa dels drets dels pacients. Es redefeixen i es reestructuren les relacions entre els individus i d'aquests amb l'autoritat. És el moment del naixement de l'ètica mèdica i pren especial importància dir la veritat als pacients a partir del diagnòstic, el consentiment informat abans de sotmetre's a un tractament o intervenció, el dret a la confidencialitat, la presa de decisions conjunta i, la delegació de responsabilitats al pacient, entre d'altres. És, en definitiva, la fi de la medicina paternalista i autoritària, i és el començament d'una nova era comunicacional i informativa entre el metge i el pacient. Aquest canvi implicarà tenir en compte la realitat mèdica i, els aspectes personals del pacient, com poden ser les creences religioses, els seus valors i preferències.

Tot i així, no és fins a l'any 1973 que trobem el que Lázaro i Gracia (2003) anomenen la *rebel·lió dels pacients*. Aquell any, l'Associació Americana d'Hospitals va aprovar la primera Declaració de Drets del Pacient, fet que suposaria el reconeixement oficial del dret del malalt a rebre informació completa sobre el seu estat clínic i a poder decidir sobre les diferents opcions disponibles. Per als autors, és en aquest moment que el pacient passa de ser això, pacient (passiu), per convertir-se en agent, que pot prendre decisions sobre la seva pròpia salut.

4.2. Referents teòrics

Dels diferents corrents teòrics que des del primer terç del segle XX s'han dedicat a contribuir a l'anomenada Teoria de la Comunicació, es fa necessari definir primer quin és el tipus d'estudi de la comunicació en el qual ens interessa centrar-nos i a partir del qual es podrà entendre en què es basa la comunicació entre un metge i un pacient. S'han descartat per tant teories que estudien els efectes de la comunicació de masses, per posar un exemple, i s'ha considerat que la més interessant és l'estudi de la comunicació interpersonal basada en la interacció.

L'Escola de Palo Alto, amb, Bateson i Watzlawick al capdavant, entre d'altres autors, i l'interaccionisme simbòlic de Goffman són les dues teories de la comunicació que permetran fer una bona anàlisi dels resultats obtinguts en les enquestes. D'una banda, l'Escola de Palo Alto ha de permetre l'anàlisi de la relació que s'estableix entre el metge i el pacient, però també el procés comunicatiu (canal utilitzat, soroll durant la comunicació...) que s'esdevé entre el metge i el pacient, i també del contingut (la mala notícia, ús de tecnicismes...). Per altra banda, l'interaccionisme simbòlic amb Erving Goffman i la seva teoria del marc (*frame*), permet dibuixar l'expectativa que com a societat i com a pacients fem de la situació comunicativa de la mala notícia i com la variació dins de la nostra expectativa pugui fer que el pacient no estigui satisfet amb la comunicació de males notícies amb el seu metge.

4.2.1. L'Escola de Palo Alto

Aquesta escola va començar a estudiar la comunicació com un procés d'interacció, aquella que es dona entre els humans. A partir d'aquí, van proposar els diferents axiomes de la comunicació que revelen com es dona i com afecta aquesta interacció als subjectes comunicants.

S'introdueix a continuació, de forma resumida, el marc teòric que desenvolupen Watzlawick, Helmick y Jackson (1971). Segons aquests autors, "toda conducta y no solo el habla es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta" (Watzlawick et. al., 1971, p.24). S'estableix, doncs, una relació entre l'emissor i el receptor, en la qual la conducta del subjecte A comunica alguna cosa al subjecte B, aquest reacciona a aquesta comunicació mitjançant un altre acte de conducta-comunicació. També defineixen el concepte de retroalimentació, en què la conducta d'un dels subjectes afecta directament la conducta de la resta. Per tant, es presenta un nou procés comunicatiu que ja no és lineal (emissor-receptor), sinó que és circular, i on la teva conducta afecta directament la meua i viceversa.

Els autors també arriben a la conclusió que els subjectes podem avaluar, modificar o predir la conducta de l'altre i som especialment sensibles a les incongruències: "la conducta que está fuera de contexto o que muestra

algún otro tipo de comportamiento al azar o de falta de restricción nos impresiona de inmediato como mucho más inadecuada que los errores meramente sintácticos o semánticos en la comunicación" (Watzlawick et. al., 1971, p.37). I és que, al llarg de la nostra vida, i en un nivell inconscient, adquirim una sèrie de regles entorn de la comunicació que, juntament amb, l'experiència prèvia, determinaran en menor o major grau la nostra conducta a l'hora de comunicar. En aquest sentit, podríem dir doncs que pren més importància no tant el què, sinó el com. I per acabar, el principi de regulació, que afirma que és necessària l'existència d'un nombre de normes o regles que faran que el sistema estigui equilibrat.

Del marc teòric anteriorment exposat, se'n deriven una sèrie d'axiomes, en aquest cas, s'ha fet una selecció dels axiomes exploratius de la comunicació que més ens interessin per el nostre objecte d'estudi:

La impossibilitat de no comunicar

Tota conducta, ja sigui verbal, tonal, postural, contextual, etc. és comunicació. Aquestes conductes limiten el significat de les altres. No existeix la no conducta.

Els nivells de continguts i relacions de la comunicació

La comunicació implica un compromís i en conseqüència, defineix la relació. Quan ens comuniquem no només estem transmetent informació, sinó que s'imposen conductes (normalment a un nivell inconscient).

Interacció simètrica i complementària

En referència a Bateson aquí cal fer especial menció al fenomen que ell va denominar cismogènesi, el procés de diferenciació de les normes de la conducta individual resultant de la interacció acumulativa entre els individus. Aquest concepte s'ha actualitzat per ser denominat com a interacció simètrica i complementària. En el primer cas, la relació està basada en una conducta recíproca, se'n desprèn una interacció podríem dir simètrica, s'estableix una igualtat ja sigui de força, bondat o maldat, per exemple. Pel que fa a la interacció complementària, hi ha diferències en la relació ja que hi ha dues posicions diferents. Un dels subjectes ocupa el que s'ha anomenat com a posició superior o primària, i l'altre la posició inferior o secundària. Aquest últim axioma és de gran importància pel canvi en la comunicació i relació metge pacient. En la mateixa obra *Teoría de la comunicación humana* (p.69) quan parla de la relació complementària posa com a exemples la relació entre mare i fill, i també la de metge i pacient. Com veurem més endavant, el present i futur de la comunicació metge pacient ha canviat i canviarà cap a una relació simètrica on tots dos subjectes comunicants es troben en el mateix nivell d'interacció. Tot i això, val a dir, també, que en els dos tipus

d'interaccions, en tan que diferents, hi ha un encaix mutu, una interrelació que tendeix cada una a afavorir a l'altra. "Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan" (Watzlawick et. al., 1971, p.70). Així, un metge que detecta que el seu pacient prefereix una atenció més paternalista, podria canviar la seva conducta per una relació complementària, mentre que en un altre cas es podria donar que el pacient vol implicar-se plenament en la presa de decisions, com per exemple, el tractament, i que la relació esdevingui simètrica.

4.2.2. Erving Goffman i la teoria del marc (*frame*)

Goffman (1974) desenvolupa la seva teoria del marc partint de la que va crear Bateson. Aquest identifica tres nivells de comunicació, el denotatiu o referencial, el metalingüístic i el metacomunicatiu. "En este último nivel se hace referencia al contexto y a la cultura, donde se integran los marcos; las diferencias en la comunicación muchas veces vienen dadas por las circunstancias y los marcos generales que encuadran las situaciones (Sábada, 2008, p.31) . Els marcs, per tant, juguen un paper molt important a l'hora d'organitzar la interacció i en facilitar la comprensió dels missatges.

Pel que fa a l'ús i significat que Goffman (1974) fa del terme marc, ens interessa especialment el marc que contextualitza una realitat, un esquema o estructura mental. Quan els subjectes "emmarquem" una situació, ho fem des de la vessant personal (com dèiem abans gràcies a l'aprenentatge obtingut al llarg de la vida), però també un marc social que li confereix un significat comú. Els marcs són doncs la nostra manera de veure el món, quan interaccionem amb els altres donem sentit i interpretem les situacions segons aquest enquadrament que hem creat. La nostra experiència (en el sentit de vivència) es conforma a partir d'una multitud de marcs relacionats que ens permetran actuar davant d'una determinada situació.

4.3. Conclusions

Podem veure com la relació metge-pacient es basa en les relacions humanes i encara que no s'anomeni directament, en la comunicació humana, en la capacitat que té el metge d'informar i comunicar-se amb el pacient. El terme amistat utilitzat durant l'època grega, implicava l'existència d'una confiança recíproca del pacient cap al metge, i del metge al pacient. El primer confia en les capacitats que té el metge de curar-lo i aquest a la vegada confia en la voluntat del malalt d'estar sa. Així doncs, les capacitats comunicatives que ha de tenir el metge ja suscitaven l'interès dels grecs, demostrant la gran importància que tenia en la definició del que havia de ser un bon metge, un metge al que els homes i dones de l'època poguessin anomenar amic. També observem com el que avui seria un protocol d'actuació com el que Hipòcrates

i els seus deixebles i estudiants van crear amb el Corpus Hipocràtic, es basa en l'ètica i la deontologia de la pràctica mèdica, i que per tant són aquells deures que els pacients podien exigir als seus metges.

“La comunicació humana és un procés històric, simbòlic i interactiu pel qual la realitat social és produïda, compartida, conservada, controlada i transformada” (Gifreu, 1991, pàg. 67-68)

Com el malalt ha viscut la comunicació d'una mala notícia en medicina pot haver estat diferent durant les diferents etapes de la història? Segurament. Els conceptes de malaltia i salut han anat variant al llarg dels segles i mentre que actualment l'esperança de vida a Catalunya es troba en els 80,5 anys en el cas dels homes, i en 86,1 en el de les dones (segons dades de l'Idescat), a l'època clàssica i edat mitjana l'esperança de vida no sobrepassava els 30 anys.

El que podem afirmar és que la salut i la malaltia estaven íntimament relacionades amb la moral i la religió. Si els cristians vivien la malaltia com una prova de Déu, potser és que no es vivia el fet com una mala notícia sinó que si el cristià no sucumbia al pecat, la salut l'acompanyaria. Ara, en canvi, vivim immersos en una societat on es prioritza, si no s'exigeix, mantenir-nos joves el màxim de temps possible que, juntament amb un augment important de l'esperança de vida, implica que la malaltia crònica acompanyi cada cop a més persones que veuen com el seu camí cap a la mitjana de vida es veu troncat per una malaltia important. El mateix desconeixement de les malalties a l'antiguitat i els amplis coneixements que es tenen ara, per l'exponencial avenç de la tecnologia i la innovació, però també per un accés més democràtic a la informació, ens permet viure més i tenir esperança perquè sabem que no depenen d'una força divina, sinó de la medicina i també de nosaltres.

El breu repàs a les Teories de la Comunicació enfocades a la comunicació interpersonal ens confirmen que la relació entre metge i pacient ha anat variant al llarg dels segles. Hem vist com s'ha passat d'una interacció complementària, en la qual el malalt era considerat un desvalgut a conseqüència de la malaltia, incapaç de prendre decisions per la seva condició de malalt, i on el metge havia de prendre decisions com si d'una relació entre pare i fill es tractés, a una relació més simètrica.

5. La formació en comunicació

Molts autors, entre ells un gran nombre de metges, coincideixen en identificar que una de les competències clau dels professionals de la salut d'avui dia és la comunicació clínica. Sembla que poc a poc, els diferents programes educatius estan incloent dins dels seus temaris, crèdits dedicats a ensenyar i desenvolupar les habilitats necessàries per tal que els futurs metges es puguin comunicar adequadament amb els pacients.

Actualment, ens trobem en una etapa de la relació metge-pacient en la qual, com veurem més endavant, el pacient es veu apoderat, és el centre de la pràctica clínica i, per tant, se'n deriva una nova manera de comunicar-s'hi. Ens trobem doncs amb una convivència als hospitals on hi ha professionals de la salut que, podríem dir que han nascut amb aquesta nova filosofia de relació del pacient amb la sanitat i altres metges que han reaprès la relació amb el pacient. Seguint amb aquesta línia, l'AGU (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya), va realitzar l'any 2015 l'estudi: Ocupabilitat i competències dels metges interns residents (MIR). La percepció dels caps de servei i càrrecs equivalents sobre els MIR i publicat a finals del 2016, en el qual es demanava l'opinió als ocupadors de medicina sobre la qualitat de la formació universitària. Les competències considerades com a més importants pels ocupadors van ser les relacionades amb les de rol de col·laborador, comunicador i professional. Com a reptes formatius en competències, la comunicació tornava a destacar com a aspecte a millorar. (vegeu annex 1)

A la introducció d'aquest treball, ja s'apuntaven alguns dels beneficis i l'eficàcia que una bona comunicació pot aportar al tractament, per tant, sembla evident que la comunicació ha de ser una habilitat clau que tots els estudiants del Grau de Medicina haurien d'aprendre durant els seus estudis. Tot i això, com veurem a continuació, no totes les facultats de medicina inclouen en les seves competències aprendre a donar males notícies.

5.1. L'ensenyament a les universitats catalanes dins del Grau de Medicina

Actualment a Catalunya les universitats que ofereixen el Grau en Medicina són la Universitat de Barcelona, la Universitat Autònoma de Bellaterra, La Universitat Pompeu Fabra en col·laboració amb la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universitat de Lleida, la Universitat de Girona, la Universitat Rovira i Virgili, la Universitat de Vic, i la Universitat Internacional de Catalunya.

Universitat	Estudiants matriculats	Nom de l'assignatura	Núm. de crèdits	S'aprèn la comunicació de males notícies
UB	268 (curs 11-12)	Psicologia Mèdica	6	NO
UAB	320 (curs 15-16)	Bioètica i comunicació	3	NO
UPF	60 (curs 16-17)	Relació Metge-Malalt i Habilitats Comunicatives	5	SÍ
UdL	120 (curs 16-17)	Comunicació i Medicina Comunitària ¹	6	SÍ
UdG	80 (curs 16-17)	Habilitats de Comunicació	6	SÍ
URV	125 (curs 16-17)	Psicologia Mèdica ²	6	NO
UVIC	90 (curs 16-17)	Medicina Social i Habilitats de Comunicació	6	SÍ
UIC	90 (curs 16-17)	Psicologia	6	NO

Taula 1. Assignatures sobre comunicació que s'imparteixen a les universitat catalanes.
Font: Elaboració pròpia

1. A més, també hi ha l'assignatura de Psicologia que aprofundeix més en la comunicació metge pacient.
2. A més, també hi ha l'assignatura Bases de Comunicació ètica. En el pla no s'especifica que es tractin les males notícies.

En aquest apartat es fa una extracció de dades dels plans docents de cada universitat per tal de veure quines assignatures en comunicació ofereixen i si dins el temari o competències s'hi inclou aprendre com donar males notícies al pacient.

Després de l'anàlisi dels diferents plans docents, s'observa com no hi ha un camí compartit entre totes les universitats, tant pel que fa a la matèria o vessant a través de la qual s'explica la comunicació, com tampoc en la inclusió o no de la competència "saber donar males notícies al pacient". En aquest sentit, el nom de l'assignatura ja deixa entreveure des de quina perspectiva s'està enfocant la comunicació, així doncs, la psicologia pren protagonisme en 3 de les 8 universitats analitzades (la UB, la URV i la UIC), mentre que les altres 5 (la UAB, la UPF, la UdL, la UdG i la UVIC) opten per incloure el terme comunicació en el nom de l'assignatura, fruit segurament de la importància que se li vol donar.

El fet d'ajuntar la bioètica amb la comunicació, com és el cas de la UAB, pot voler dirigir la perspectiva de l'assignatura cap a una visió més moderna (el pacient en el centre del sistema de salut); si ho comparem amb les assignatures que han optat per la perspectiva que s'apropa a la comunicació des de la psicologia. Per altra banda, les assignatures que duen en el seu nom el terme "habilitat" demostren que entenen la comunicació com a quelcom que l'alumne pot aprendre i per tant practicar i, justament, són les que sí inclouen aprendre a donar males notícies al pacient en el perfil de competències.

També val la pena destacar que la UAB és la que dona menys pes a la comunicació, ja que la seva assignatura "Bioètica i comunicació" és de tan sols 3 crèdits i que tant la UdL com la URV opten per incloure 2 assignatures més en el seu pla d'estudis per tal que els alumnes aprofundeixin en l'estudi de la comunicació metge-pacient.

En conclusió, veiem que més del doble d'estudiants de medicina matriculats cada any, no reben com a formació obligatòria la comunicació de males notícies al pacient, quan sens dubte, la majoria d'ells haurà de dur a terme aquest tipus de comunicació alguna vegada durant la seva vida professional.

5.2. L'ensenyament fora del Grau de Medicina

Com hem vist, els estudiants de medicina sovint hauran de buscar un recurs formatiu fora del Grau que els proveeixi de les habilitats necessàries en la comunicació de males notícies. En aquest sentit, s'ha investigat per aquest treball si des dels organismes oficials relacionats amb el sector sanitari, com és el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona o l'ICO, s'ofereix algun tipus de formació dedicada exclusivament a l'aprenentatge d'habilitats comunicatives dirigides als metges i, sobretot, que incloguessin dins del programa la comunicació de males notícies. Els resultats són que ni el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, així com tampoc l'ICO ofereixen ara per ara aquest tipus de formació.

Igualment, s'ha consultat a diferents hospitals l'oferta formativa disponible pels professionals de la salut i no s'han trobat tallers o cursos dedicats a l'aprenentatge del nostre objecte d'estudi, ja que segurament no forma part de l'oferta educativa permanent. Cal dir que la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), ofereix la formació a tot el territori català "Com comunicar males notícies", un programa de 2 hores que pot ser impartit de forma externa a aquelles organitzacions que ho sol·licitin.

Altres opcions que els estudiants de medicina podrien trobar per tal d'ampliar els seus coneixements sobre la comunicació de males notícies són el "Curs en Tècniques per a la Comunicació de Males Notícies" de la UAB, amb una càrrega lectiva de 0.8 crèdits.

5.3. Conclusions

Com hem vist, una bona part dels futurs metges no aprenen habilitats en comunicació de males notícies. Que un professional mèdic adquireixi aquests coneixements dependrà de la universitat en la qual cursi els seus estudis o de la seva pròpia voluntat d'aprendre-ho. La manca d'habilitats en comunicació es confirma a través de diferents estudis com en l'estudi d'opinió que s'ha elaborat per aquest treball i del qual es presenten els resultats més endavant, així com d'altres estudis que també han analitzat la formació en comunicació i l'opinió dels professionals. Aquesta situació, planteja la possibilitat que si el metge o futur metge conegués la perspectiva del pacient, podria valorar la necessitat de formar-se en la comunicació de males notícies, així com també en la comunicació en general.

El fet que històricament, i actualment, l'assignatura de comunicació, sobretot de males notícies, a les facultats de medicina no sigui obligatòria o simplement no existeixi potser ha estat perquè s'ha considerat que "no feia falta". La societat i les característiques de la relació metge-pacient han canviat a un ritme que, així com també passa amb la legislació (per exemple amb la bioètica), la universitat no ha estat capaç d'entreveure i avançar-se a la necessitat real dels alumnes i, per tant, futurs professionals de la medicina, i això inevitablement acaba afectant al pacient.

6. La comunicació de males notícies

Baile i Buckman van desenvolupar l'any 2000 un protocol dirigit als professionals de la salut i que conté els aspectes essencials a l'hora de comunicar una mala notícia. Els diferents punts estan relacionats amb el context, la gravetat de les notícies, les persones que hi ha involucrades o el temps per planificar la comunicació de la mala notícia.

Dins el mateix protocol, s'assenyala la importància de planificar amb la màxima cura el moment comunicatiu, així com també l'ambient, i com el comportament dels professionals de la salut tindrà una profunda influència sobre el pacient i els seus familiars, en tots els aspectes.

S'inclou el protocol per donar males notícies en aquest treball ja que d'ell se'n deriven algunes de les preguntes que es presenten en l'estudi que es veurà posteriorment, amb la voluntat de conèixer l'opinió dels pacients. D'aquesta manera, veurem també si, segons l'opinió de l'entrevistat, el metge va seguir aquest protocol.

6.1. Protocol per a la comunicació de les males notícies

Pas 1. Preparació del context físic més adequat

Es tracta d'aconseguir que el context físic sigui el més adequat, en aquest cas, des d'aquest treball s'ha descrit el context físic com a canal, ja que es va considerar un element important a analitzar. En aquest pas, el professional mèdic ha de decidir què dirà, la terminologia utilitzada, a on, i a qui. El metge haurà de fer una avaluació de l'estat emocional i decidir si aquell és el millor moment.

Pas 2. Saber quant sap el pacient

Què sap el pacient sobre la gravetat de la malaltia? Això ha de permetre al metge saber quin nivell d'informació té el pacient i si, per exemple, es troba en l'estat de negació, moment en el qual la comunicació podria no ser eficaç. Es tracta de veure l'estil i contingut emocional del què diu el pacient (tant a nivell verbal com també de la seva comunicació no verbal), ja que aporta molta informació sobre l'estat emocional del pacient en relació a la malaltia. També és important en aquest punt que el metge detecti característiques del pacient ja no només a nivell mèdic, sinó informació com el nivell educacional, per tal que, si és necessari, el professional utilitzi el mateix registre.

Pas 3. Trobar allò que el pacient vol

Poder conèixer el nivell d'informació que el pacient vol tenir. En aquest apartat hi intervenen el consentiment informat, per tal que el pacient pugui decidir tot allò que tingui a veure amb la malaltia, però amb tota la informació necessària. És important dur a terme una escolta activa i deixar que el pacient assimili la informació que se li està donant, per exemple, mitjançant els silencis.

Pas 4. Compartir la informació

En aquest pas el pacient ha de conèixer el pla terapèutic i realitzar un diàleg terapèutic. El pacient ha de rebre informació sobre el diagnòstic, tractament, pronòstic, i se l'ha de recolzar en funció de les seves necessitats. Cal tenir present que els pacients que estan commocionats poden no escoltar o recordar correctament. Materials de suport com diagrames, fulletons, etc. poden ajudar en aquest sentit. S'ha de deixar que el pacient formuli les preguntes senceres i convidar-lo a que en faci més.

Pas 5. Respondre als sentiments del pacient de manera empàtica

Es tracta d'observar al pacient i donar-li temps. Preguntar-li directament què és el que sent o pensa, les respostes empàtiques ajuden al pacient a sentir-se escoltat i comprès.

Pas 6. Planificació i seguiment del procés

El professional ha de deixar clar al pacient que sempre estarà a la seva disposició. El pacient ha de comprovar que el metge controla la situació.

Avaluació de les estratègies utilitzades

Es tracta que el professional descobreixi els avantatges i els defectes de les trobades amb el pacient, això li permetrà tenir un major coneixement de sí mateix i tenir més confiança. Avaluat les emocions, idees o accions que s'han experimentat durant l'entrevista, ajuda a poder fer una reflexió personal. Això es pot aconseguir demanant al pacient que faci un resum final, amb la informació que ha rebut i preguntant-li directament sobre el seu estat emocional, d'aquesta manera, s'aconsegueixen respostes que poden donar molta informació sobre com el pacient ha rebut la mala notícia i permet que el metge pugui fer un millor seguiment posterior del pacient.

6.2. Conclusions

Com s'observa, el protocol per a la comunicació de males notícies és un procés comunicatiu de tipus interpersonal en el qual la informació, el contin-

gut que es dona, determina també com ha de ser aquest procés comunicatiu. Prenen especial importància elements com el context, com ja s'ha dit abans, analitzat com a canal en aquest treball, però també elements com l'empatia, el tipus de vocabulari utilitzat, el nivell i qualitat de la informació que té el pacient o l'educació.

Per acabar, cal remarcar que pel professional sanitari, tenir al seu abast un protocol com aquest, pot significar una reducció important de l'estrès a l'hora d'afrontar un procés comunicatiu que li pot resultar incòmode, però que com ja s'ha dit anteriorment, té un gran impacte en la vida del pacient i la seva relació amb la malaltia.

7. La comunicació metge - pacient des de la perspectiva del pacient

7.1. Tipus d'estudi

Com ja s'ha comentat anteriorment en l'apartat de metodologia i d'objectius, aquest treball s'ha proposat conèixer l'opinió de pacients crònics sobre la comunicació de males notícies. Per tal d'obtenir la informació necessària, s'ha plantejat una metodologia de tipus quantitativa i qualitativa. Així doncs, el qüestionari es desenvolupa mitjançant preguntes tancades, combinades a la vegada amb altres de tipus més obert i permetin indagar més profundament en la percepció dels pacients.

En total s'han obtingut 26 respostes a l'enquesta, ja que no es buscava representativitat estadística sinó que a efectes pràctics, l'enquesta permetés una aproximació a l'opinió del pacient. Igualment, durant aquest apartat es farà referència a l'estudi Salut: La comunicació medico-paciente (2014), en aquest cas no centrat específicament en les males notícies, però sí que en la comunicació entre el metge i el pacient, i que aportarà també les opinions d'alguns representants d'organitzacions del sector sanitari per tal de conèixer l'opinió dels emissors del missatge.

7.2. Preguntes realitzades

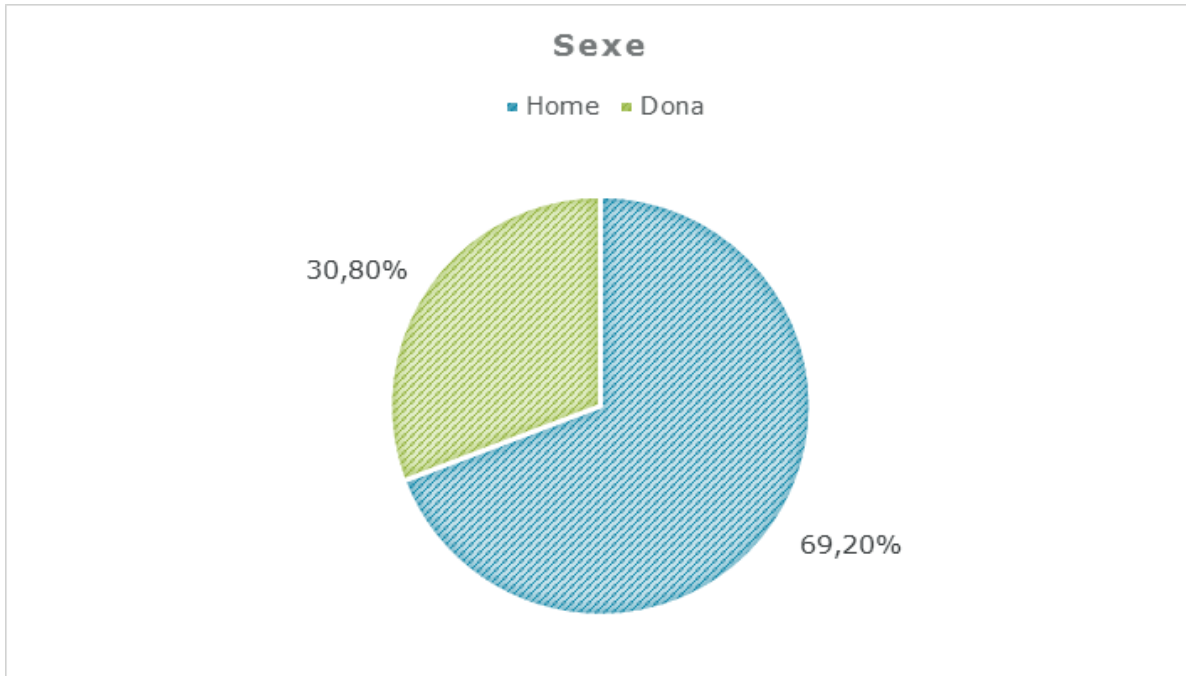
Les entrevistes s'han realitzat de manera electrònica mitjançant un formulari que l'entrevistat podia contestar de manera autònoma. Es va fer contactant amb diferents associacions d'ajuda i suport a pacients amb càncer, diabetis i coronaris, i que feien arribar als seus associats i simpatitzants. No quedava exclòs cap tipus de perfil però hem d'entendre que els participants eren majors d'edat ja que el seu correu electrònic formava part de la base de dades de cada associació, tot els entrevistats havien de patir o haver patit algun tipus de les tres malalties.

Primer es formulaven 3 preguntes per crear el perfil demogràfic de l'entrevistat, com són el sexe, la professió, i el nivell d'estudis. Seguidament es preguntava la malaltia crònica que patien i a continuació començaven les preguntes directament relacionades amb aquest treball. En total, 17 preguntes les respostes de les quals havien de respondre als objectius ja descrits a l'apartat corresponen d'aquest treball, i que han de permetre descobrir el grau de satisfacció i opinió dels pacients amb la comunicació dels seus metges, així com el canal utilitzat, el vocabulari, satisfacció amb el nivell

d'informació rebut i la que es va trobar a faltar, entre d'altres aspectes.

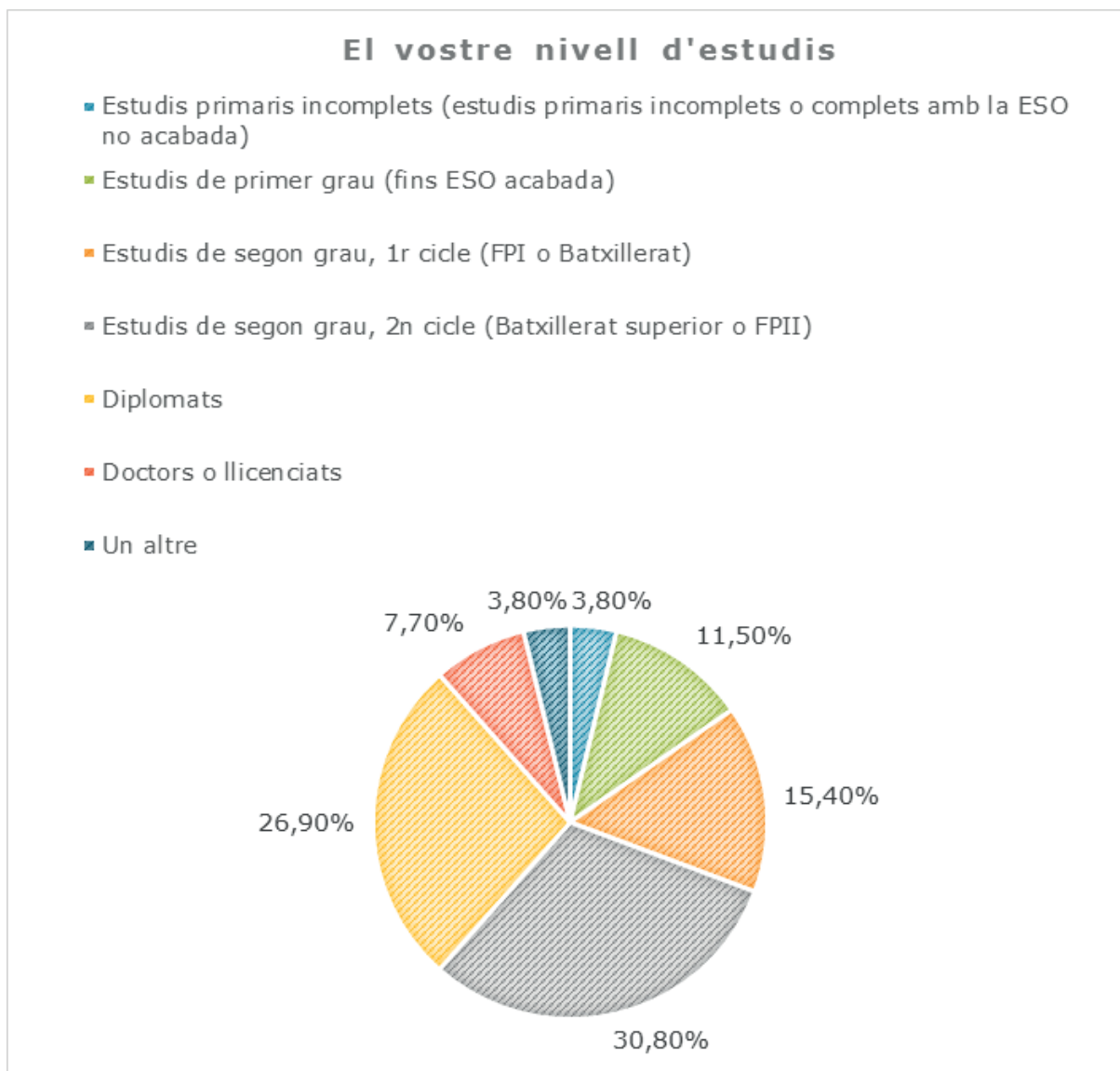
Es pot veure el qüestionari sencer a l'annex 2 d'aquest treball.

7.3. Resultats obtinguts



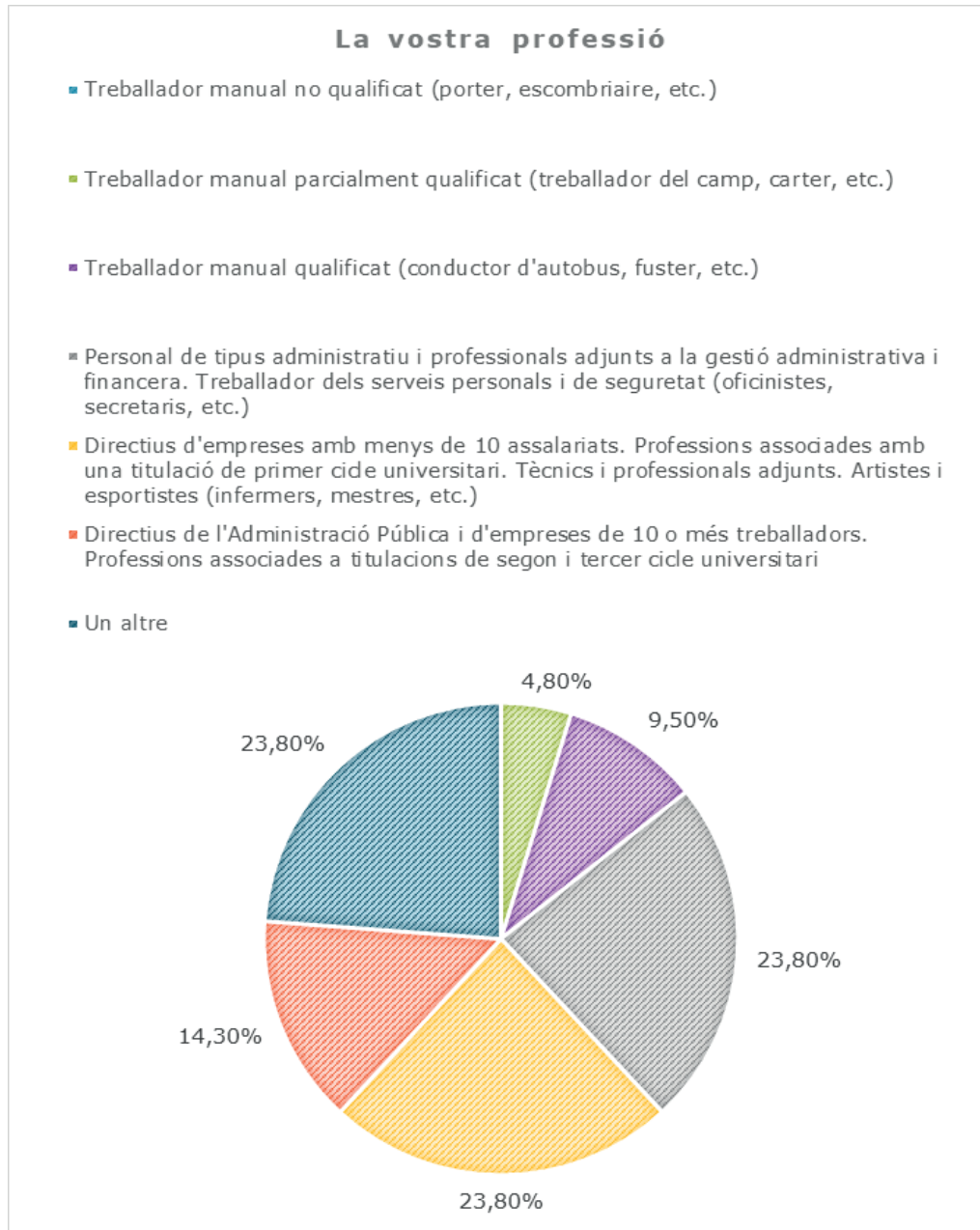
1.a. Gràfic de sexes
Font: Elaboració pròpia

La proporció per sexe dels enquestats és de quasi un 70% d'homes i al voltant d'un 30% de dones.



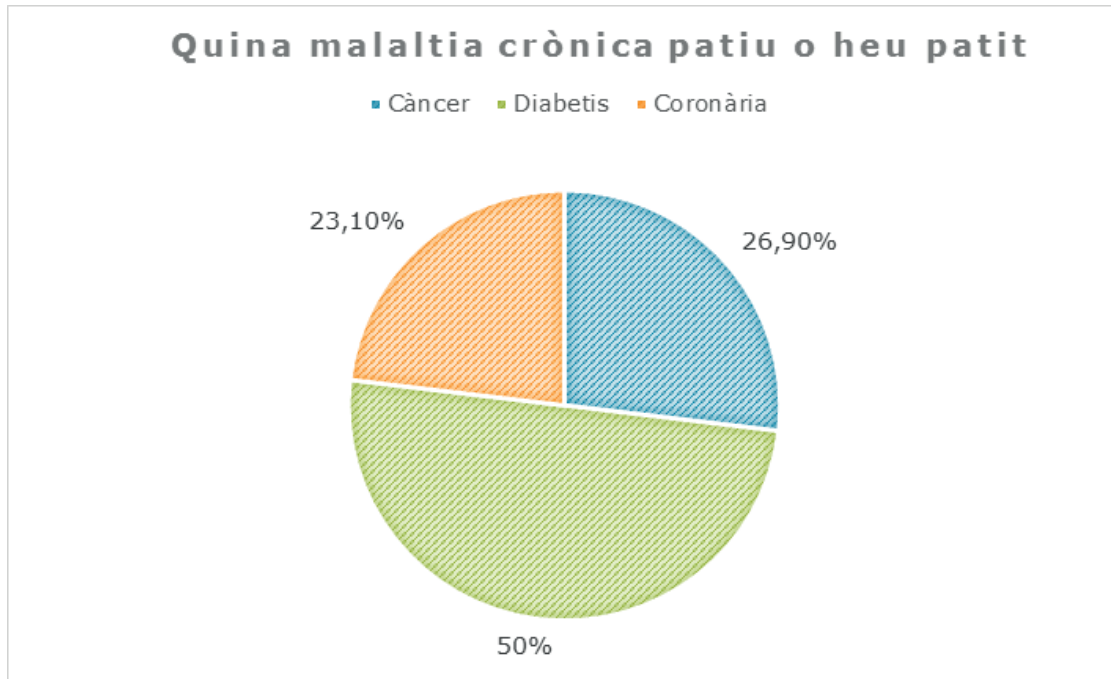
1.b. Gràfic de nivell d'estudis
Font: Elaboració pròpia

El nivell d'estudis de les persones enquestades es situa en un 30.8% en els estudis de segon grau, segon cicle i seguits pels diplomats (26.9%) i els enquestats amb estudis de segon grau, primer cicle (15.4%). Aquests tres grups conformen gairebé el 75% de la mostra. Els estudis de primer grau amb un 7.70%, altres i estudis primaris incomplets, representen la resta de la mostra.



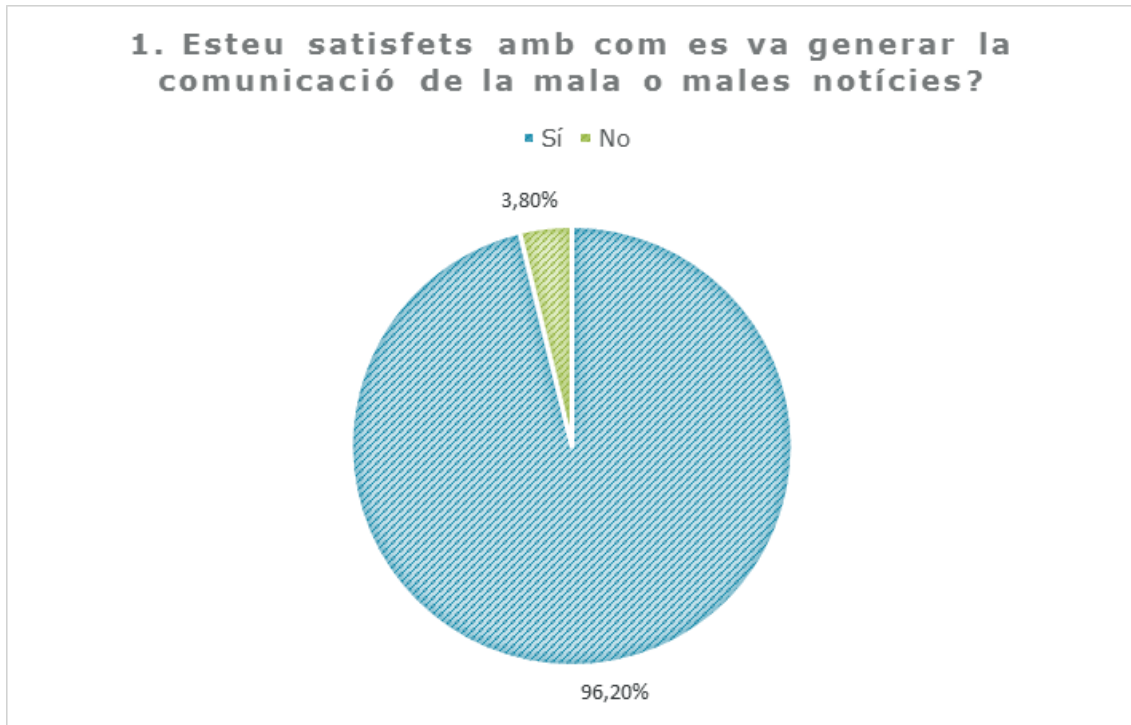
1.c. Gràfic de professions
Font: Elaboració pròpia

Pel que fa a la professió, veiem que hi ha el mateix percentatge (23.8%) de personal de tipus administratiu i professionals adjunts a la gestió administrativa i de Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. El conjunt representa una mica més del 47% de la mostra, gairebé la meitat. En tercera posició trobaríem l'opció altres (23.8%) dels quals el 50% han respost que són jubilats, encara que no es pugui considerar una professió, i el 50% restant s'ha abstenut de respondre. El quart grup professional seria el de Directius de l'Administració Pública o d'empreses de 10 o més treballadors, representen el 14.3%. Per acabar, els treballadors manuals qualificats amb un 9.5% de representació i els treballadors manuals parcialment qualificats amb un 4.8% de representació tanquen el 100% de la mostra.



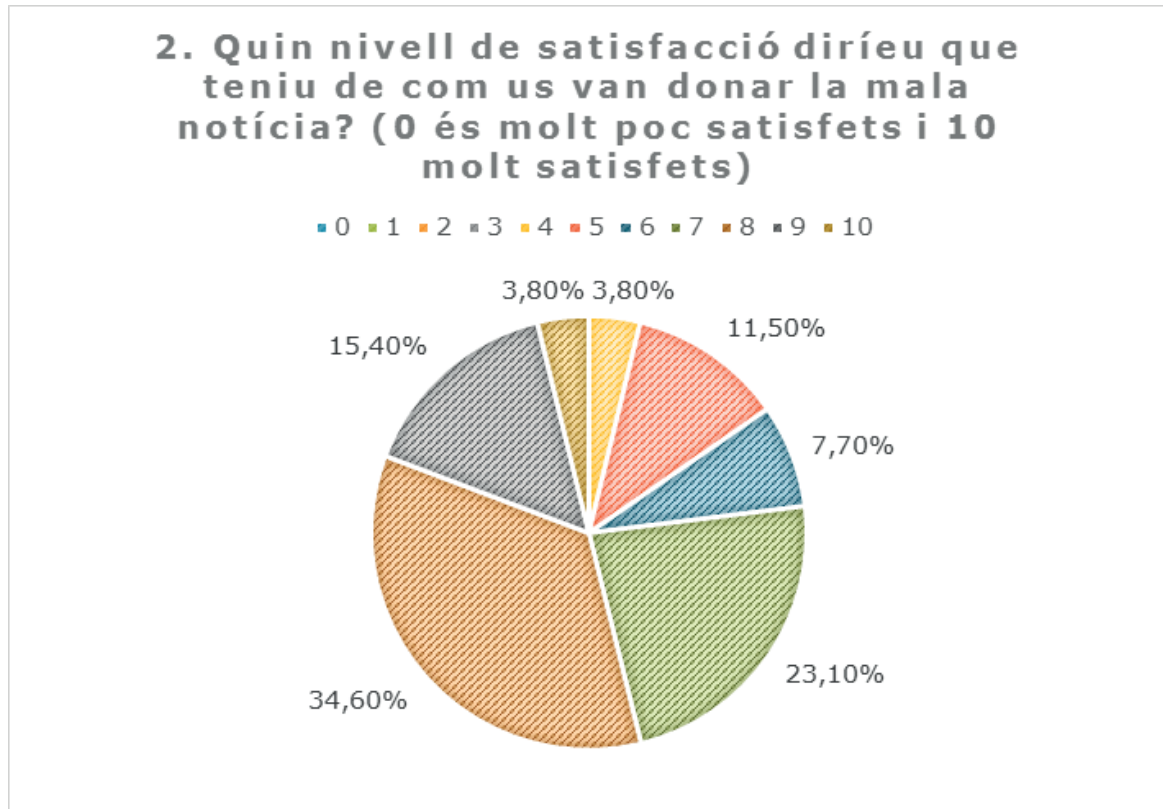
1.d. Gràfic de malaltia crònica
Font: Elaboració pròpia

El 50% dels enquestats són pacients diabètics, seguit dels pacients amb càncer 26.9%, i per acabar, el 23.10% que són pacients coronaris. Aquesta distribució irregular de percentatges es pot deure a diferents factors de tipus personal o sociològics l'anàlisi dels quals s'escapa dels objectius d'aquest estudi.



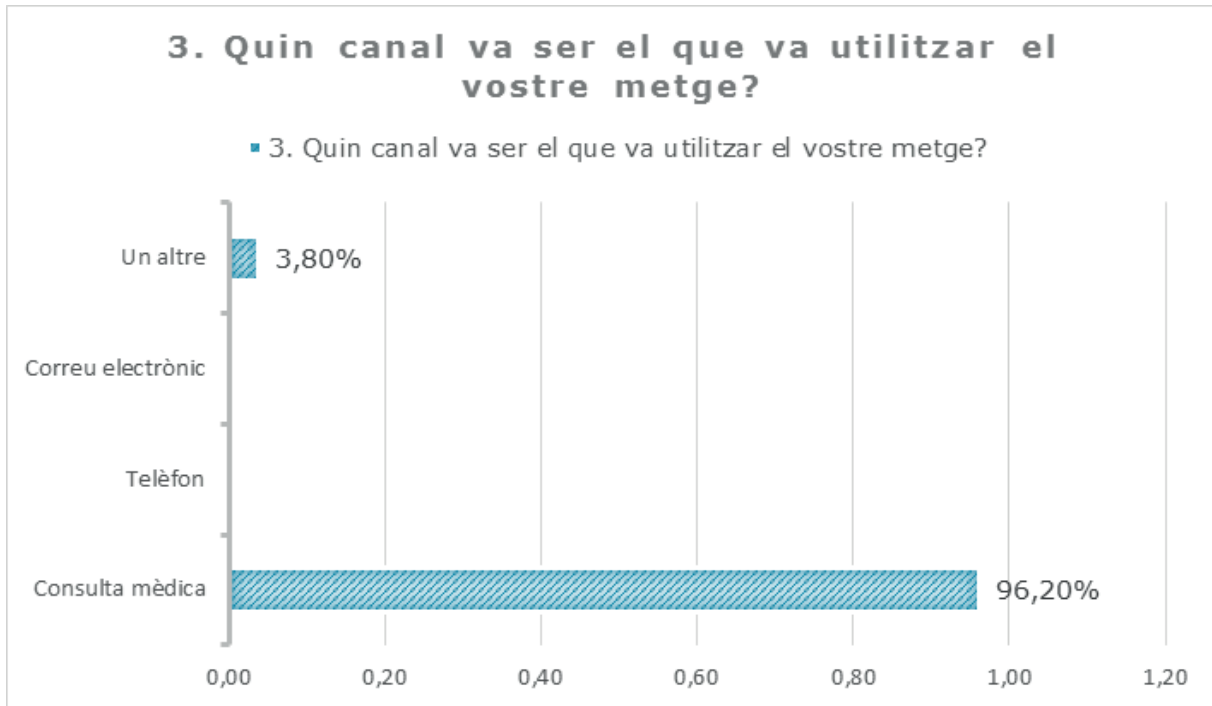
2.a. Gràfic de satisfacció en la comunicació de la mala notícia
Font: Elaboració pròpia

La majoria de pacients (96.2%) diuen estar satisfets en com es va generar la comunicació de la mala o males notícies.



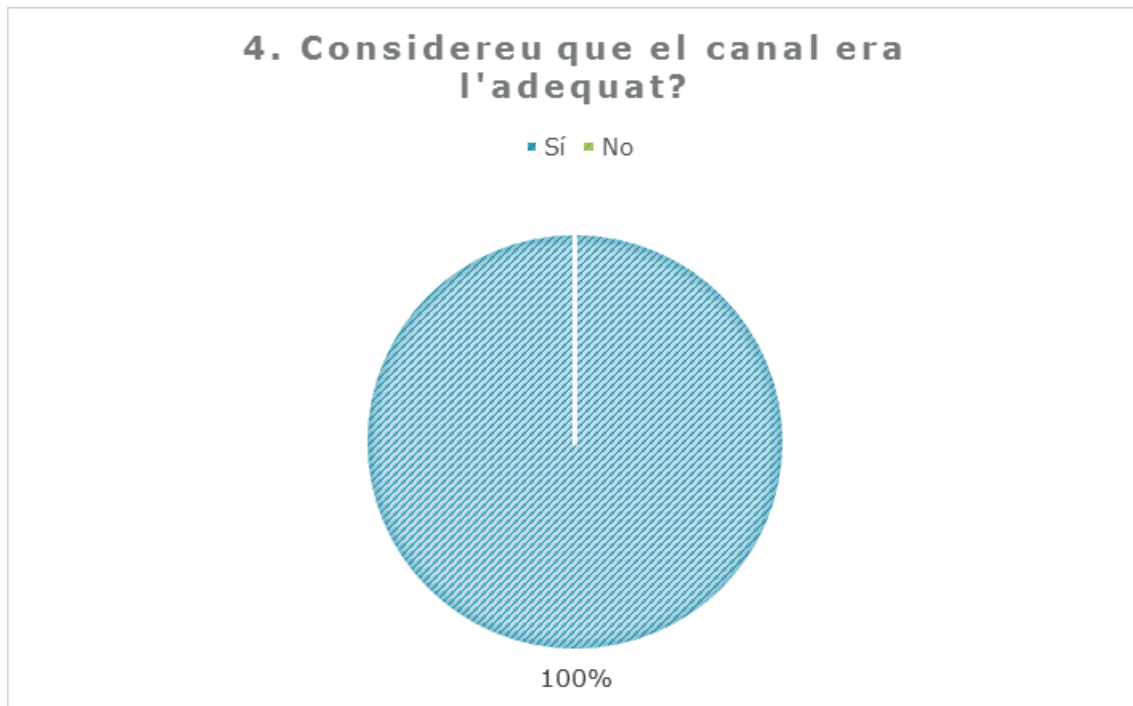
2.b. Gràfic de puntuació del nivell de satisfacció en la comunicació de la mala notícia
Font: Elaboració pròpia

La nota mitjana de satisfacció dels pacients és de 7.34 sobre 10. Més del 50% dels enquestats han puntuat amb un 7 o 8 el com se'ls va donar la mala notícia.



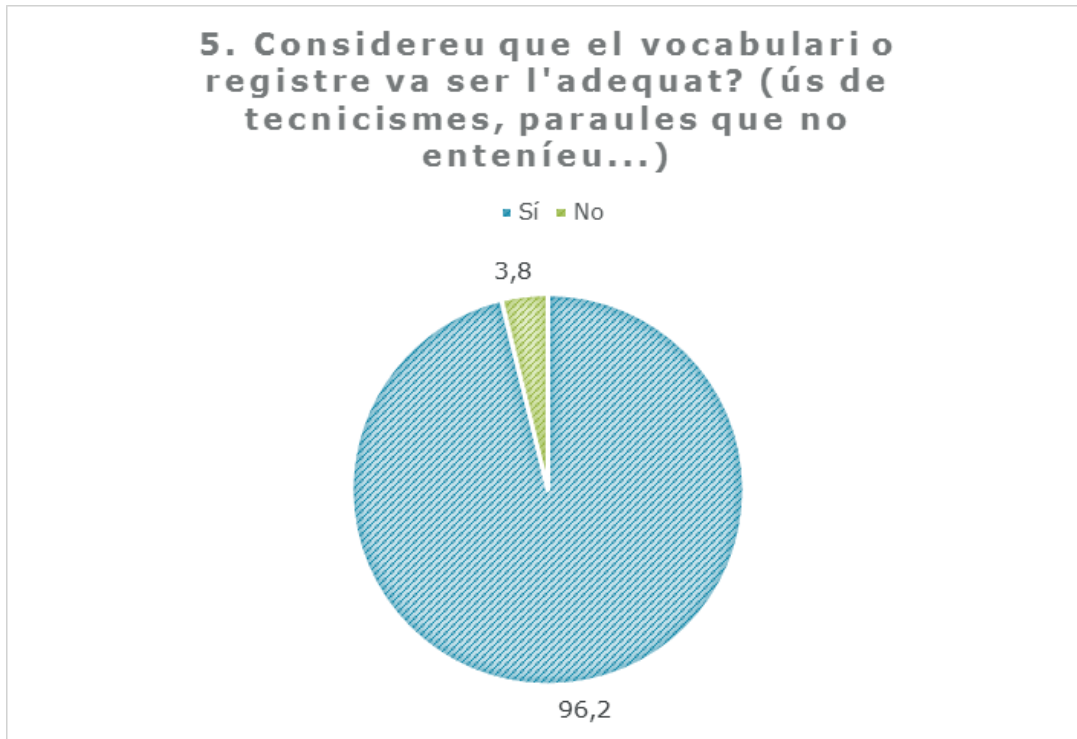
3.a. Gràfic del canal utilitzat
Font: Elaboració pròpia

En el 96.2% dels casos la mala notícia es va donar a la consulta mèdica, només en 1 dels casos es va utilitzar un altre canal que va ser el d'urgències.



3.b. Gràfic d'opinió sobre el canal utilitzat
Font: Elaboració pròpia

El 100% dels enquestats considera adequat el canal que el metge va utilitzar.



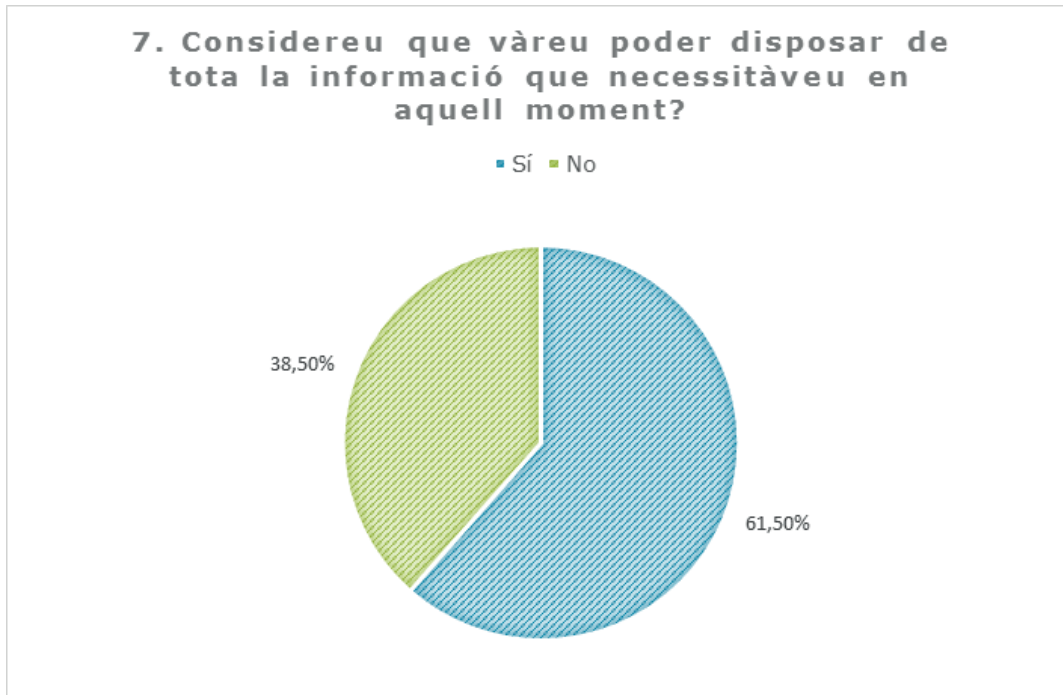
4.a. Gràfic sobre l'adequació del vocabulari o registre utilitzat pel metge
Font: Elaboració pròpia

6. Si no va ser adequat, per què considereu que no ho va ser?

No es té present que el pacient desconeix per complet la malaltia.

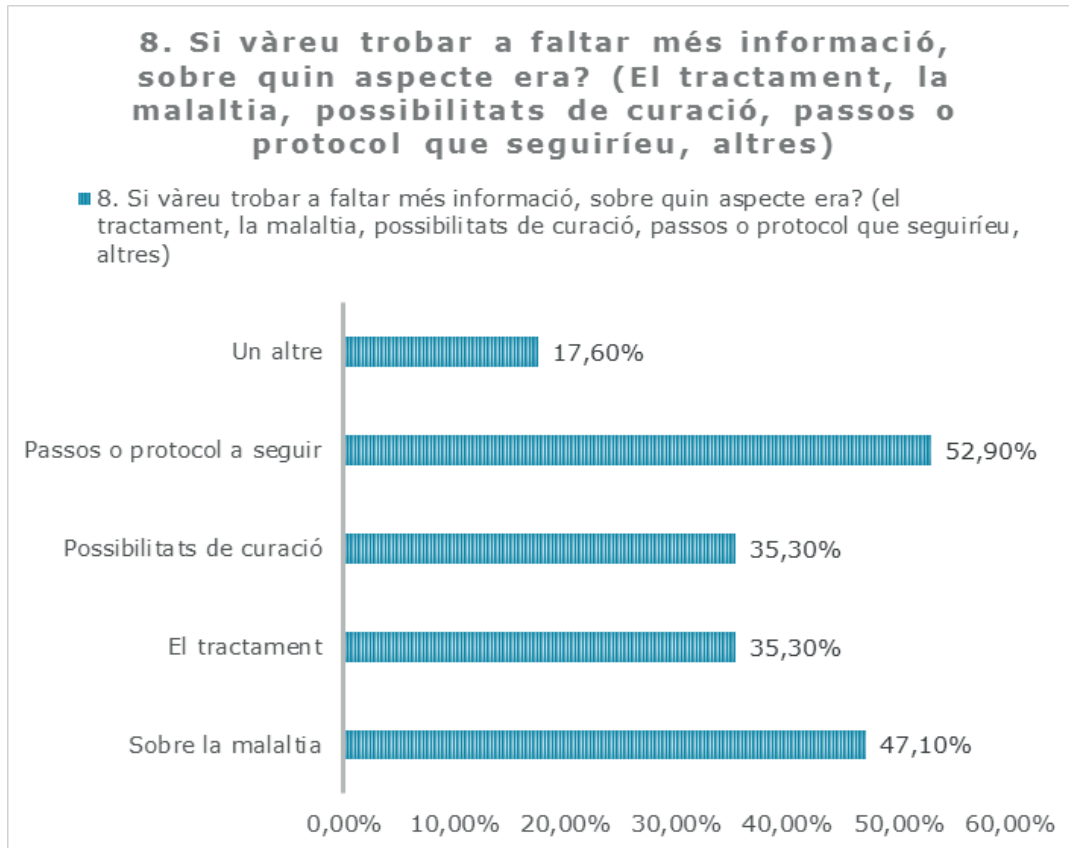
4.b. Resposta sobre perquè el vocabulari utilitzat no va ser adequat
Font: Elaboració pròpia

Sobre el vocabulari utilitzat, com l'ús de tecnicismes o paraules que no s'entenen, el 96.2% dels enquestats opina que era l'adequat. Només 1 persona creu que no ho va ser. El motiu que dona per considerar que no era l'adequat, és que no es va tenir present que el pacient desconeixi per complet la malaltia.



5.a. Gràfic sobre si es va proporcionar la informació necessària
Font: Elaboració pròpia

En la pregunta sobre el nivell d'informació que va donar el metge al pacient en el moment de donar la mala notícia, un 61.5% dels casos considera que sí que va rebre la informació necessària, però un 38.5% considera que no la va rebre.



5.b. Gràfic sobre quina informació es va trobar a faltar
Font: Elaboració pròpia

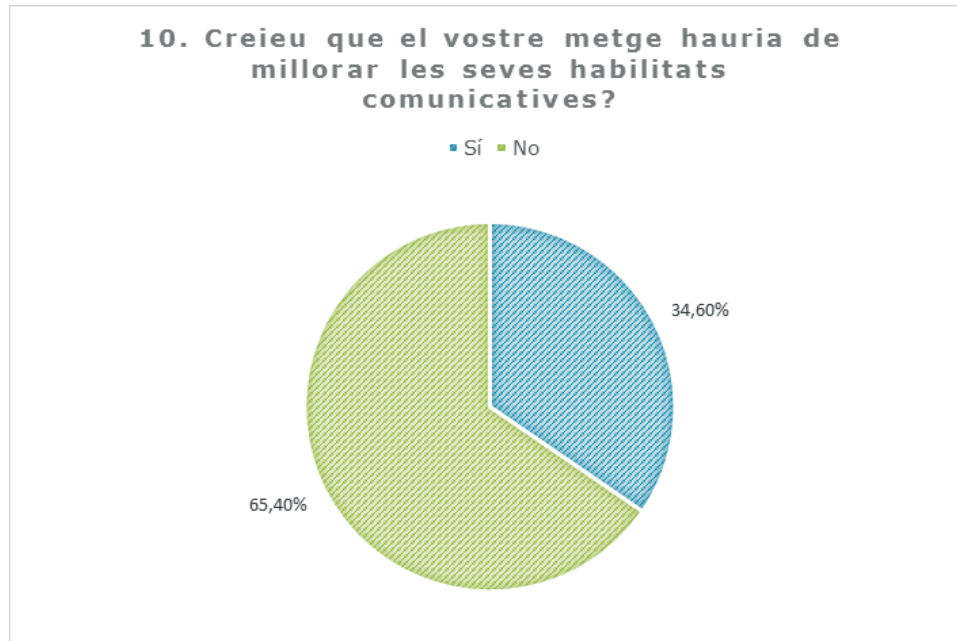
Sobre la informació que els enquestats van trobar a faltar en el moment que se li va comunicar la mala notícia destaquen amb un quasi 53% la informació sobre els passos i protocol a seguir. Seguit d'un quasi 50% sobre la malaltia. El segueixen la informació sobre les possibilitats de curació i el tractament (amb un 35.3% cadascun), i l'opció "un altre" va registrar un 17.6% de les respostes.

Es detecta que alguns dels enquestats que consideren que estan satisfets amb el nivell d'informació que van rebre, tot i així responen a la pregunta sobre quina informació van trobar a faltar. Són un total dels 7 enquestats.



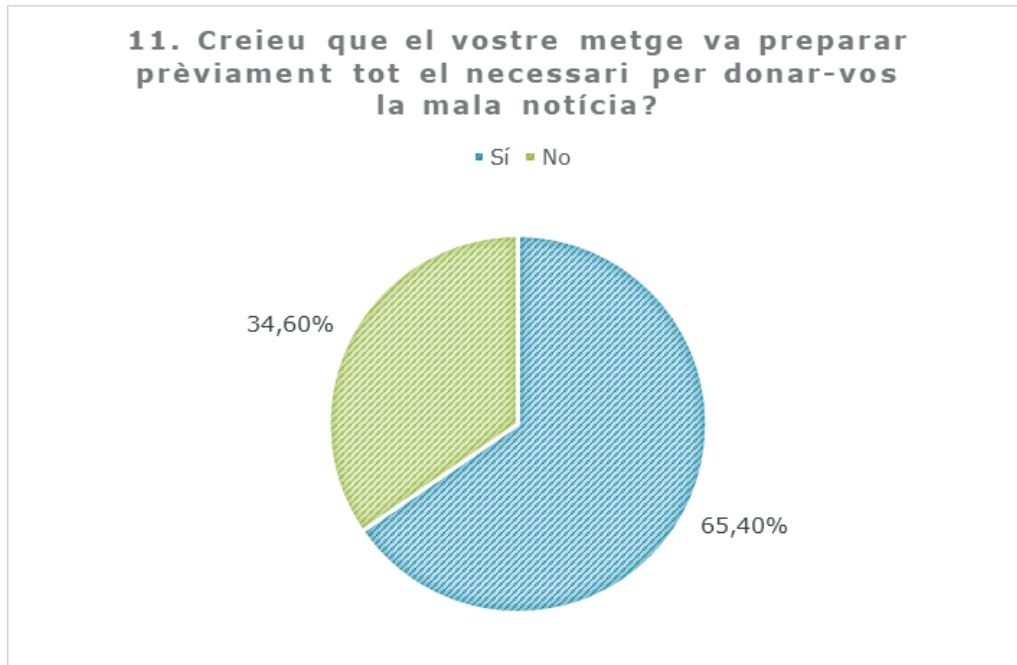
6.a. Gràfic sobre si la comunicació influeix en el nivell de confiança
Font: Elaboració pròpia

Sobre si l'enquestat creu que la comunicació amb el seu metge influeix en la confiança cap al tractament. Només una persona va respondre que considera que la comunicació amb el seu metge no hi influeix.



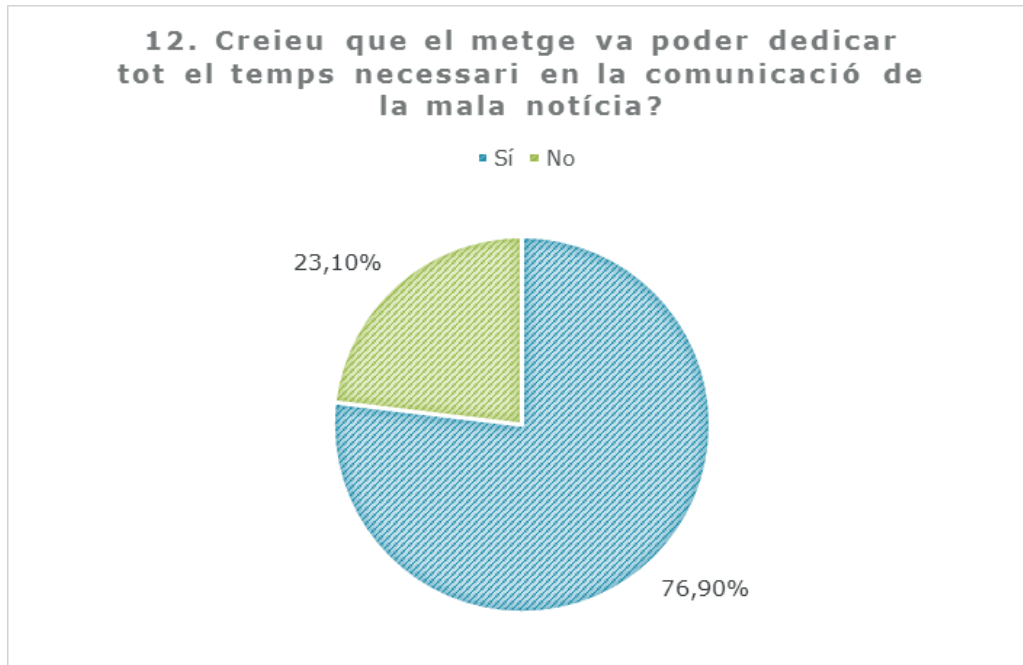
7.a. Gràfic sobre si considera que el metge ha de millorar les seves habilitats comunicatives
Font: Elaboració pròpia

Seguidament, es preguntava a l'enquestat si creia que el seu metge havia de millorar les seves habilitats comunicatives; del total d'enquestats, un 34.6% considera que el seu metge sí que ha de millorar les seves habilitats comunicatives, per contra un 65.4% que creu que no.



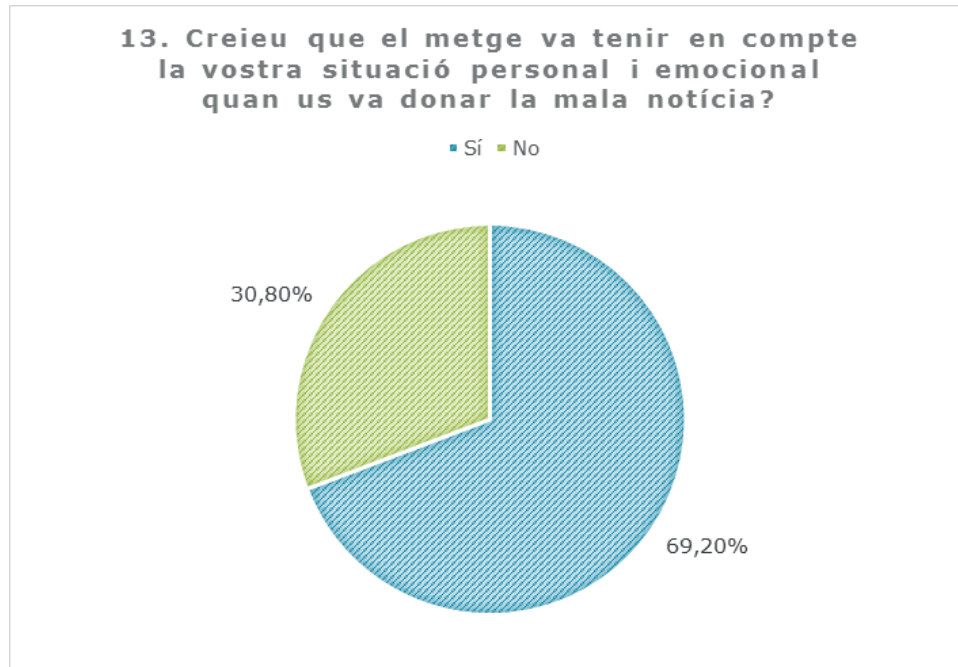
8.a. Gràfic sobre si l'enquestat creu que el metge va preparar prèviament el procés comunicatiu
Font: Elaboració pròpia

El mateix tant per cent de respostes que l'anterior es dona en la pregunta sobre si creuen que el seu metge havia preparat prèviament la comunicació de la mala notícia. Un 65.4% considera que sí, davant del 34.6% que diu que no.



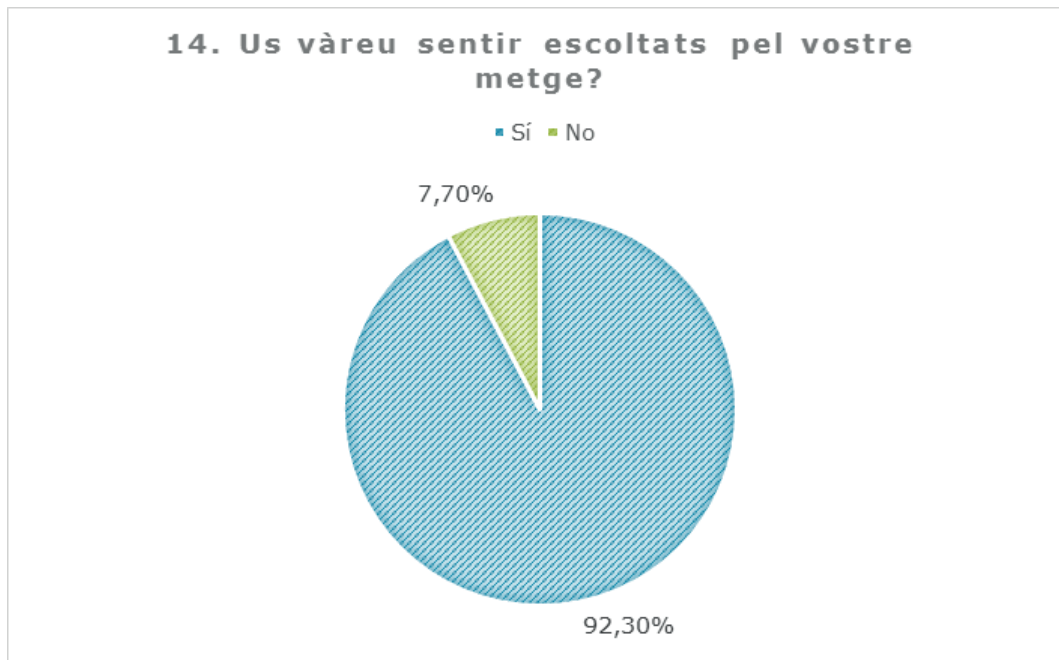
9.a. Gràfic sobre si el metge va poder dedicar tots el temps necessari
Font: Elaboració pròpia

Sobre el temps que el metge va poder dedicar a la comunicació de la mala notícia, quasi el 80% dels enquestats creu que el metge sí que va poder dedicar el temps necessari. Per contra, una mica més del 23% diu que no.



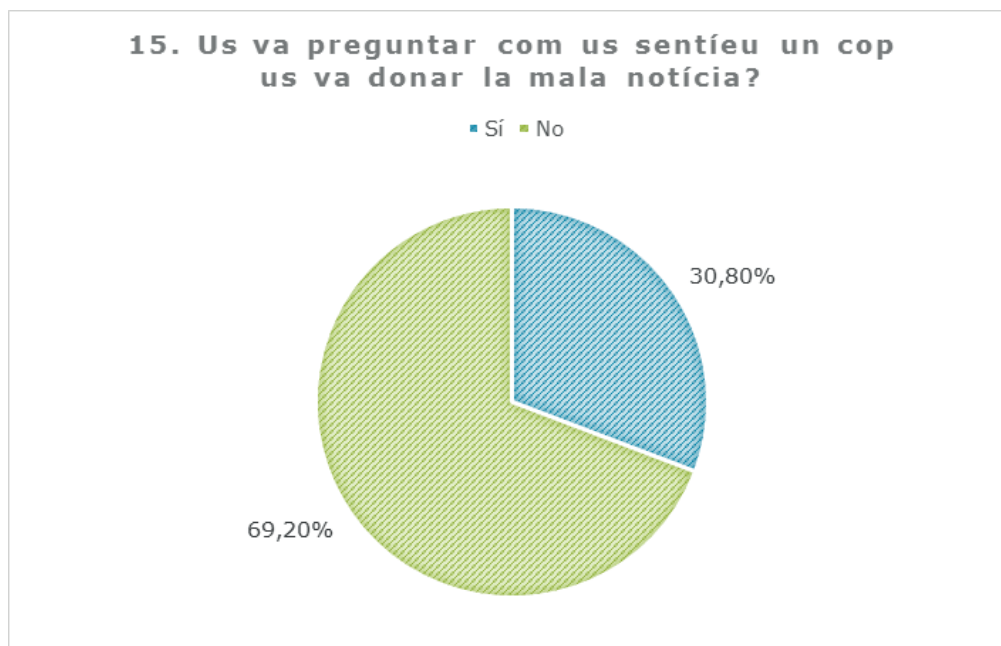
10.a. Gràfic sobre si el metge va tenir present la situació personal del pacient
Font: Elaboració pròpia

Un 31% dels enquestats creu que el seu metge no va tenir en compte la seva situació personal i emocional. Una mica més del 69% creu que sí que la va tenir en compte.



11.a. Gràfic sobre si es van sentir escoltats pel metge
Font: Elaboració pròpia

Un 92.3% dels enquestats diu haver-se sentit escoltat pel seu metge, en front d'un 7.7% que diu que no s'hi va sentir.



12.a. Gràfic sobre si el metge li va preguntar com es sentia un cop li va donar la mala notícia

Font: Elaboració pròpia

Sobre si el metge els hi va preguntar com es sentien després de rebre la mala notícia, una mica més del 69% diu que no els hi va preguntar, per contra quasi el 31% diu que sí.

16. Com hauríeu millorat la comunicació de la mala notícia (si és que era necessari millorar-la)

Tenir l'associació de diabètics.

Amb més temps, per poder assumir la notícia.

Informar-se de la situació personal, quina feina realitza, etc.

13.a. Resposta sobre com hauria millorat la comunicació de la mala notícia

Font: Elaboració pròpia

Sobre com l'enquestat hauria millorat la comunicació de la mala notícia s'han obtingut 3 respostes. Una d'elles valora positivament el paper de l'associació de pacients com a element de millora de la comunicació de la mala notícia. La segona, destaca el temps per poder assumir la mala notícia, i l'última, que el metge s'informi de la situació personal o feina que realitza el pacient, per millorar la comunicació de la mala notícia.

Si vols, a continuació pots deixar algun comentari sobre algun aspecte que consideris important en la comunicació de males notícies per part del teu metge.

La mala notícia me la va donar una doctora del centre mèdic on vaig recollir els resultats de les proves. Em vaig sentir ben atesa i arropada per tot l'equip. És el que he valorat a l'enquesta. A on vaig trobar i segueixo trobant mancances de tot tipus és amb les visites amb l'oncòloga. Em sento com un numero, visites de 8-15 minuts, sense explicacions del procés, malaltia, protocol, recuperació. No m'he sentit escoltada ni compresa. Ignora els efectes secundaris del tractament i als atribueix a altres factors. No li tinc confiança. En canvi, molt agraïda del suport que he rebut per part de tots els professionals d'Oncolliga.

En el moment en que em van citar per la visita, jo ja sabia que tenia un bony al pit i el que això podia significar. No obstant això, em vaig quedar astorada al rebre la confirmació. El metge i la infermera (sobretot) es van preocupar per si volia beure aigua, seure una estona... Va ser dur, però jo només volia marxar i pair-ho per veure com seguia endavant.

Al rebre una notícia, ens fa falta temps per poder-la similar, cosa que passa amb les següents visites, ja que t'has preparat per fer un tou de preguntes i no en el primer moment que quedes com "atontat"

Tinc un metge de capçalera que sap escoltar i orientats, No pas l'endocrí que no et mira ni a la cara.

Tenim una assistència mèdica que es un tresor i barata. Tot es sempre millorable. Pero Que no es perdi el que tenim.

En la comunicació de malas noticias se tendría que decir al paciente las cosas claras y sin peros de la situación en que se encuentra.

En aquest cas , estava ingressat a la UCI per un IAM. Cada dia el metge passava visita i tenia temps per informar.me.

14.a. Respostes sobre elements que l'entrevistat considera important en la comunicació de les males notícies

Font: Elaboració pròpia

Al final de l'enquesta, es convidava als enquestats a deixar un comentari sobre aspectes importants que consideressin sobre la comunicació de males notícies. A continuació s'esmenten els elements més importants de cada una de les 7 respostes que hi va haver:

- Hi ha una diferència important en l'atenció que es va donar en la comunicació de la mala notícia en contrast amb les posteriors visites als especialistes.

- Es valora positivament la comunicació de la mala notícia.
- Es prefereix rebre més informació en futures visites.
- Es valora molt positivament al metge de capçalera però no a l'especialista.
- Valoració positiva del sistema de salut.
- Pacients que prefereixen que els hi expliquin la situació tal i com és.
- Satisfacció amb la comunicació del metge d'hospitalització.

7.4. Anàlisi dels resultats obtinguts

A partir dels resultats obtinguts, per l'objecte d'estudi d'aquest treball i amb els objectius prèviament marcats, ens interessa analitzar més profundament els aspectes que tenen a veure amb:

- el nivell de satisfacció amb com es va generar la comunicació de la mala notícia,
- els canals utilitzats i la seva adequació (context),
- el vocabulari i registre que va utilitzar el metge,
- el nivell i tipus d'informació que el pacient necessitava i que se li va proporcionar,
- la comunicació com a element generador de confiança,
- l'opinió del pacient sobre la necessitat que el seu metge millori les seves habilitats comunicatives,
- el temps necessari per a la comunicació de la mala notícia,
- el context o situació personal del pacient,
- com veuen els propis professionals de la salut les habilitats comunicatives dels propis professionals.

Tal i com hem vist als referents teòrics (apartat 4.1.2), la conducta dels subjectes durant el procés de comunicació afecta tant al subjecte A, com aquesta al subjecte B. Podem dir i comprovem doncs, com la conducta dels metges a l'hora de comunicar-se amb els seus pacients afecta directament als segons, i viceversa. Així mateix ho manifesten la majoria dels enquestats quan se'ls hi ha preguntat, i igualment ho defensen diferents autors com ja s'ha mencionat anteriorment:

(...) los pacientes que disfrutan de una buena relación médico-paciente y que interactúan activamente con su médico para adoptar decisiones compartidas sobre su salud, depositan una mayor confianza en su médico, son más leales a la relación médico-paciente, colaboran para poner en práctica la decisión compartida, tienden a tomar decisiones conservadoras desde el punto de vista económico, expresan una mayor satisfacción con la atención recibida y presentan mejores resultados, al menos en el caso de cuatro enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, úlcera péptica y artritis reumatoide. (Laázaro i Gracia, 2011)

Veiem també com el comportament a l'atzar, en el nostre cas podria ser la no preparació del professional mèdic del procés comunicatiu, és percebuda per part del pacient entrevistat. Els resultats obtinguts mostren que un 35% dels enquestats considera que el metge no va preparar la situació comunicativa, i com hem vist fins ara, aquest fet pot afectar directament al pacient, tal i com s'exposa a *Teoría de la Comunicación Humana* (1971) i en el protocol per a la comunicació de males notícies. Si el metge ha de crear una relació de confiança amb el pacient, el comportament a l'atzar pot anar en contra d'aquest objectiu mèdic.

De l'estudi també es desprèn que la comunicació entre el metge i el pacient no sempre és circular, sinó que en nombrosos casos és lineal. El fet que el metge no li formuli preguntes al pacient sobre, per exemple, els seus sentiments un cop ha rebut la mala notícia, o que del total d'entrevistats, un 38,5% creguin que no van rebre tota la informació necessària, és un clar indicatiu dels nombrosos casos en els quals el metge no ha propiciat una comunicació bidireccional. En aquest sentit, cal recordar que pel metge és especialment important saber quan o què sap el pacient sobre la malaltia, i aquest tipus d'informació que no és clínica no la podrà saber si el metge no convida al pacient a que hi hagi una comunicació bidireccional.

Els axiomes de la comunicació i el protocol sobre la comunicació de males notícies coincideixen en la configuració de la conducta a partir de la comunicació verbal, com també la no verbal (postura, gestos...), i com cal prestar-ne atenció degut que no existeix la no comunicació i, per tant, és impossible no comunicar. Es demostra la importància d'aquest axioma en una de les respostes de pregunta oberta, quan l'entrevistat valora aspectes que es poden derivar de la comunicació no verbal, com el fet de no mirar a la cara. Els pacients perceben aquest tipus de situacions com a negatives i d'importància (ho demostra el fet que quan se'ls convida a fer comentaris sobre les situacions comunicacionals ho mencionin).

Troblem també com hi ha pacients que tenen preferències diferents en quant a la seva voluntat de com volen que se'ls comuniqui la mala notícia, mentre que hi ha un entrevistat que voldria que li diguin les coses tal com són, un altre prefereix pair la mala notícia del primer moment i posteriorment fer més preguntes en futures visites. Des d'aquesta perspectiva, podem enquadrar aquesta variabilitat entre els pacients i les seves necessitats comunicatives amb la teoria del marc de Goffman. Així doncs, cada pacient és únic i té unes preferències diferents, i per tant, un valor i creences que obliguen al metge a adaptar l'acte comunicatiu al possible marc o context que el pacient pot tenir estructurat del que serà l'acte comunicatiu.

Adaptar la comunicació a l'interlocutor pot ser doncs la tasca pendent dels professionals mèdics, així sembla que ho demanden alguns dels entrevistats. Inevitablement, la relació afectarà al contingut i, a la vegada, el contingut ens diu la relació que hi ha entre els subjectes comunicants. Una relació que recordem ha de ser sobretot de confiança.

En general, el nivell de satisfacció dels enquestats amb la comunicació de les males notícies és bo, però després d'analitzar el protocol de males notícies, veiem que en gairebé el 70% dels casos no es van seguir, si més no de forma completa, els 6 passos del protocol. Es demostra en les preguntes que s'han formulat per veure el nivell d'empatia que va mostrar el metge, on s'han obtingut respostes molt semblants entre les preguntes enfocades a analitzar-la i que demostren que queda encara camí per recórrer.

Val la pena fer una menció especial sobre el rol que juguen les entitats de suport als pacients, algunes de les quals han ajudat a fer arribar aquest qüestionari als seus associats. Això es demostra en el fet que dos dels entrevistats anomenin la seva associació com a eix de suport mentre va durar o ha durat la seva malaltia.

7.5. Conclusions

Per acabar, els resultats obtinguts en aquest estudi coincideixen amb altres estudis, com La Comunicació médico-paciente (2014) realitzat per Estudio de Comunicación en col·laboració amb ABC. Aquest estudi està basat en 241 entrevistes de les quals es consideren vàlides 237, es tracta d'homes i dones, (encara que majoritàriament més dones que homes), que es troben a les portes d'un centre de salut privat o públic. El mateix estudi també recull una revisió dels plans d'estudi de les 41 facultats que ofereixen el Grau de Medicina a Espanya, i es concreta en les assignatures dedicades a l'aprenentatge de la comunicació metge-pacient. Els resultats mostren que en un 53.8% dels casos hi ha algun tipus d'assignatura obligatòria, mentre que en un 15.4% és optativa, i en el 30.8% restant no consta cap assignatura.

Ja en referència a les entrevistes, l'estudi revela que un 82.3% dels entrevistats va considerar que el seu metge no li va donar l'atenció necessària que mereixia. I com l'empatia és l'habilitat menys valorada en els metges (un 3.6 sobre 5), en comparació a factors igual d'importants com són la confiança (que va obtenir la millor puntuació, amb un 4.1). L'estudi també recull que un 82.3% dels entrevistats diu haver entès les explicacions que li va donar el metge, davant d'un 13.8% que no. Destaca també que un 75.9% van preguntar dubtes sobre el que no entenen, i que d'aquests un 78.9% van rebre respostes que els hi van permetre entendre millor la situació. Igualment interessants són els resultats obtinguts en la resposta sobre si l'entrevistat estava d'acord amb la frase: als metges, en general, se'ls entén malament, un 41.4% d'entrevistats van dir que sí, i un 40.9% que no. Els motius que esgrimien els que creien que no se'ls entén bé eren perquè parlen amb termes que no s'entenen (45.1%), utilitzen sigles o abreviatures de la seva professió (34.2%), utilitzen paraules estrangeres (5.5%), perquè intenten explicar coses sense empatia (7.2%), tracten amb malalties i lesions, no amb persones (25.7%) o perquè la cultura general del pacient és molt baixa (23.2%).

L'estudi recollia igualment un breu apartat dedicat a la comunicació de malalties o lesions greus, és a dir, de males notícies. El 65% d'entrevistats en aquest estudi prefereixen que els hi diguin "la crua realitat", un 31.2% prefereixen que el metge suavitzzi el problema, únicament un 1.3% preferien que no se'ls hi expliqués res. Els pacients oncològics destaquen en voler que els hi diguin les coses tal com són en un 92.9%.

D'aquest informe no només s'han trobat interessants les dues investigacions ja mencionades, sinó també les entrevistes a professionals mèdics de referència, ja que es va considerar necessari comptar, ni que fos en una petita part, en la visió que tenen els propis professionals de la salut, en el seu rol d'emissors, de la situació comunicativa entre el metge i el pacient. Així doncs, el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, President de la OMC, creu que la comunicació entre el metge i el pacient ha canviat molt a causa del nou patró cultural del pacient equiparat ja amb el metge, s'ha passat d'una comunicació vertical a una comunicació horitzontal. La tendència cap a un pacient més autònom, a qui ja no li cal un metge tutor. L'accés a la informació que té ara el pacient i que fins fa ben poc no tenia. El Dr. Josep M^a Bosc Fontcuberta, Coordinador Nacional del Grup/Programa Comunicació i Salut de semFYC, destaca la creixent necessitat del pacient de participar en la presa de decisions i en una major demanda d'informació. Així com també la necessitat de consensuar una formació que aporti les habilitats d'entrevista clínica i formació assistencial. I l'últim metge entrevistat, el Dr. Juan J. González Armengol, President de SEMES creu que hi ha una tendència a que els pacients estiguin més informats, inclús saturats d'informació; la primera situació permet que la relació es torni més horitzontal, abandonant la relació paternal anteriorment exercida entre el metge i el pacient, la segona situació pot provocar que el pacient rebi informació no fidedigne a causa d'una font no contrastada. González Armengol menciona l'esforç que ha de fer el metge per ser empàtic amb el pacient i els seus familiars, ja que influeix en la resta d'elements del tractament mèdic.

Els tres metges coincideixen en la influència de la comunicació en el pacient i també com a vegades la falta de temps per poder dedicar a la consulta mèdica pot fer que l'acte comunicatiu no es desenvolupi correctament.

L'estudi d'aquest treball i el que s'ha exposat anteriorment, coincideixen en demostrar que és necessària la millora de les habilitats comunicatives del metge. Dins d'aquestes habilitats, podem destacar com a més importants aquelles relacionades amb la capacitat d'informar al pacient, l'ús del vocabulari i, en definitiva, el procés comunicatiu adaptat al pacient, però també pren especial importància l'empatia a l'hora de comunicar-se. En les entrevistes als professionals de la salut, observem com la interpretació de l'estat de la relació metge-pacient coincideix amb els punts tractats en el marc teòric i de context, però no s'acaba d'entendre perquè aquesta teoria apresada no correspon amb la realitat viscuda pel pacient, per aquest motiu, en el proper apartat es planteja una proposta de sensibilització per tal que tots els professionals de la salut prenguin consciència de la necessitat de millorar les seves habilitats comunicatives.

8. Proposta de sensibilització

Des d'aquest treball es vol proposar una acció de Relacions Públiques amb l'objectiu de sensibilitzar i demostrar als metges els beneficis que s'aconsegueixen quan s'han format en habilitats comunicatives. Així doncs, es planteja la solució a un problema de comunicació mitjançant la pròpia comunicació.

El motiu pel qual s'enfoca la proposta de sensibilització des de les Relacions Públiques és perquè ens trobem davant d'un projecte amb uns resultats mesurables, dirigits a un públic concret i que busca resoldre un problema. Així doncs, la part prèvia d'aquest treball ha servit com a investigació de la situació que ens ha de portar a fixar-nos les diferents metes i objectius. Per aquest motiu, en aquest apartat es marcaran les metes i objectius que ens permetran poder mesurar posteriorment si hem aconseguit canviar o no aquestes actituds. Es marcarà l'estratègia, amb el principal o principals arguments. S'obviarà la identificació del públic objectiu, ja que són tots els metges i metgesses del Sistema Català de Salut, i el mitjà que ens permetrà comunicar aquests arguments de l'estratègia. Finalment, es proposa com es mesurarà la consecució dels objectius.

8.1. Meta i objectius

Els diferents objectius i meta que es podrien plantejar serien els següents:

Meta:

Els metges tindran les habilitats comunicatives necessàries en la comunicació de males notícies.

Objectius:

Reduir el nombre de pacients que creuen que el seu metge hauria de millorar les seves habilitats comunicatives (del 34,6% del nostre estudi al 10%).

Millorar el procés de comunicació i informació dels pacients quan és el metge qui li proporciona la informació.

Augmentar la satisfacció dels pacients amb els processos de comunicació del seu metge, concretament en la comunicació de males notícies.

Sensibilitzar al 80% dels metges i metgesses del Sistema Català de Salut.

Fomentar l'assistència dels metges i metgesses a formacions relacionades amb la millora de les seves habilitats comunicatives i en concret el protocol sobre com donar males notícies al pacient.

Objectius de producció:

Realitzar un vídeo que rebran tots els professionals mèdics del Sistema Català de la Salut.

8.2. El vídeo com a tècnica de Relacions Públiques

El vídeo està prenent cada dia més importància com a contingut per la seva característica audiovisual. Segons els principis de la persuasió, es presta més atenció als missatges audiovisuals que als impresos, és per aquest motiu que es vol optar per la realització d'un vídeo.

Encara que en aquest treball no s'ha estudiat específicament el motiu pel qual el metge no ha rebut formació en habilitats comunicatives, es pot arribar a la conclusió que el vídeo hauria de ser, per una banda informatiu, ja que no podem assegurar que el 100% dels professionals mèdics coneguin els beneficis de potenciar les seves habilitats comunicatives, però també un vídeo emocional per tal que el metge empatitzi amb el pacient ja que això el farà dur a terme l'acció que volem (formar-se en habilitats comunicatives). En aquest sentit, es poden prendre les característiques del vídeo viral a l'hora d'elaborar el vídeo, ja que es tracta de captar l'interès dels metges. L'objectiu és crear un vídeo que sigui emocional, ja que segons Sivera (2014): "los contenidos basados en el driver de la emoción, explicados con recursos de la cepa retórica clásica publicitaria (o conceptual), son los que muestran una mayor prevalencia y relación significativa." Un altre dels avantatges de triar el vídeo com a contingut és que podem explicar una història de manera propera, més directa i, per tant, aconseguir un major impacte. A la vegada, pot resultar més econòmic realitzar un vídeo i així arriba a un gran nombre de professionals que es troben arreu del territori català.

8.3. Elements persuasius del vídeo de sensibilització

Una de les maneres que podem aconseguir que el professional mèdic empatitzi amb el pacient és a partir d'un vídeo testimonial en el qual hi intervenen diferents pacients crònics que expliquen per què és important per ells una bona comunicació amb el seu metge. A la vegada, el vídeo demostraria com unes bones habilitats comunicatives redueixen l'estrès del professional mèdic, a més dels diferents avantatges de la bona comunicació entre el metge i el pacient. I per acabar, demostraria la importància del protocol per a la comunicació de males notícies.

En definitiva, el metge ha de trobar en el vídeo el benefici que ell obté gràcies a dur a terme l'acció (formar-se en habilitats comunicatives), tant a nivell personal com de conjunt.

8.4. Mesura de l'impacte del vídeo de sensibilització

En aquest cas, la mesura de l'impacte del vídeo es realitzaria a partir de tres elements. Per una banda, es podrien obtenir les estadístiques d'obertures de correu que ofereixen els gestors de campanyes de correu, també les estadístiques de visualitzacions que ofereixen les plataformes de compartició de vídeos, però sobretot, el número de noves inscripcions als tallers per a la millora de les habilitats comunicatives i del protocol sobre com donar males notícies al pacient.

9. Conclusions generals

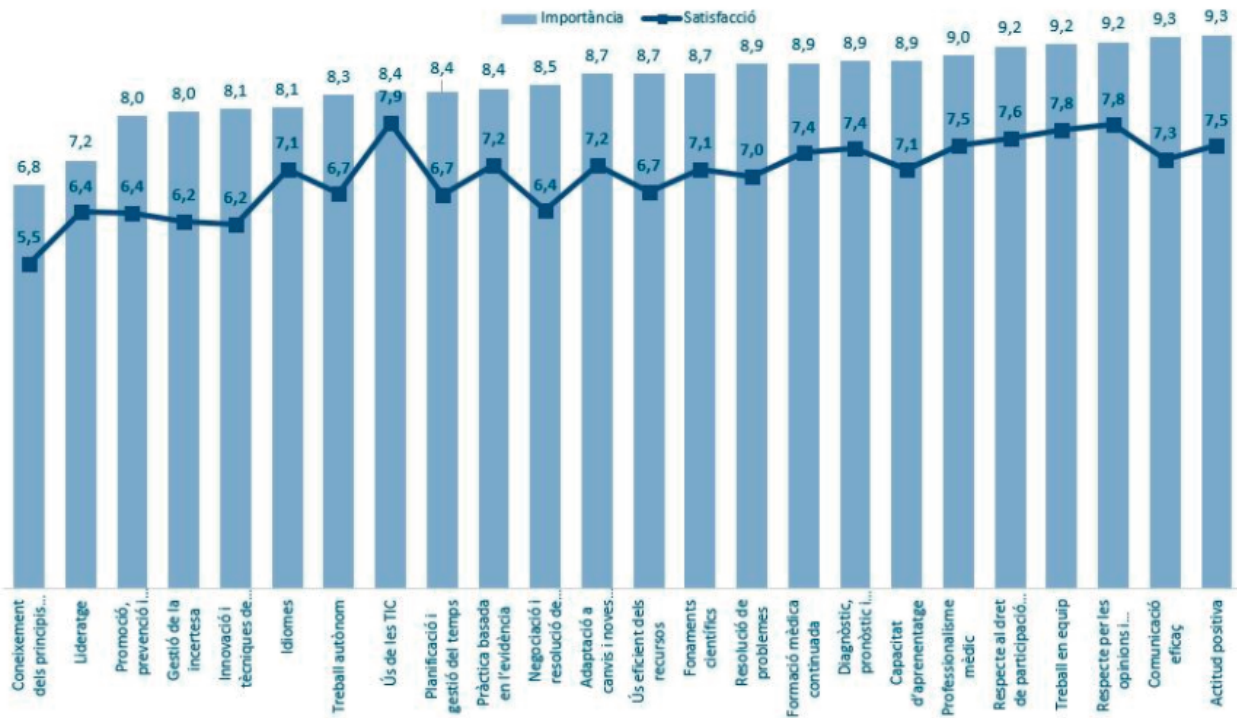
Després de la realització d'aquest treball, queda clar que la comunicació s'adapta constantment a les necessitats de la societat, i per tant de les persones que la conformen. Per sort, vivim en un moment on la balança de control, poder i tasques està més repartida entre el metge i el pacient. Els pacients ens hem fet adults i aquesta nova situació ha de servir perquè tant el metge com el pacient en surtin beneficiats. No obstant, queda molt per recórrer en la millora de les habilitats comunicatives dels metges, i com hem vist, ja no només pel benefici del malalt, sinó també del metge i del mateix sistema sanitari. Igualment, les universitats, si més no catalanes, haurien de replantejar-se, en aquest sentit, les habilitats que estan adquirint els futurs metges que estan formant per tal d'adaptar els seus plans d'estudi a un nou model de professionals de la salut.

Els pacients demanden del metge, a més de la confiança i coneixements sobre la seva malaltia, sobre tot empatia, i l'empatia s'exerceix sempre des d'una bona comunicació. Per acabar, sobre la proposta de sensibilització, considero que és necessària i espero que algun organisme responsable consideri idònia la proposta, o bé tal i com es planteja aquí o des d'una altra perspectiva.

Annex

Annex 1

Figura 3. Comparativa de les mitjanes d'importància i satisfacció amb les competències dels MIR



Annex 2

PREGUNTES
RESPOSTES 26

TFG La comunicació de males notícies al pacient: Una proposta per a la sensibilització als professionals de la salut

Entrevista pel Treball Final de Grau d'investigació de la relació metge pacient en la comunicació de males notícies de l'alumna Marta Guiu Capellas estudiant del Grau de Comunicació a la UOC.

Títol

Hola, gràcies per dedicar el teu temps a respondre aquesta entrevista. Veuràs que a continuació se't plantegen una sèrie de preguntes relacionades amb la comunicació de males notícies entre tu com a pacient i el teu metge. L'objectiu és veure si els pacients estan satisfets amb la comunicació que duen terme els metges quan donen males notícies. L'entrevista és totalment anònima però hi ha algunes preguntes més personals per tal d'agrupar els diferents perfils d'entrevistats.

Perfil demogràfic

Descripció (opcional)

Sou *

Dona

Home

El vostre nivell d'estudis *

Estudis primaris incomplets (estudis primaris incomplets o complets amb la ESO no acabada)

Estudis de primer grau (fins ESO acabada)

Estudis de segon grau, 1r cicle (FPi o Batxillerat)

Estudis de 2on grau, 2n cicle (Batxillerat superior o FPiI)

Diplomats

Doctors o llicenciats

Altres...

La vostra professió

Treballador manual no qualificat (porter, escombriaire, etc.)

Treballador manual parcialment qualificat (treballador del camp, carter, etc.)

Treballador manual qualificat (conductor d'autobus, fuster, etc.)

Personal de tipus administratiu i professionals adjunts a la gestió administrativa i financera. Treballador dels serveis

Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades amb una titulació de primer cicle univèrsitari

Directius de l'Administració Pública i d'empreses de 10 o més treballadors. Professions associades a titulacions de :

Altres...

Quina malaltia crònica patiu o heu patit *

Càncer

Diabetis

Coronària

Preguntes

Durant la vostra malaltia heu viscut com a mínim 1 situació en la qual us van comunicar una mala notícia.

1. Esteu satisfets amb com es va generar la comunicació de la mala o males notícies? *

Sí

No

2. Quin nivell de satisfacció diríeu que teniu de com us van donar la mala notícia? (0 és molt poc satisfets i 10 molt satisfets) *

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

3. Quin canal va ser el que va utilitzar el vostre metge? *

Consulta mèdica

Telèfon

Correu electrònic

Altres...

4. Considereu que el canal era l'adequat? *

Sí

No

5. Considereu que el vocabulari o registre va ser l'adequat? (ús de tecnicismes, paraules que no entenieu...) *

Sí

No

6. Si no va ser adequat, per què considereu que no ho va ser?

Text d'una resposta llarga

7. Considereu que vàreu poder disposar de tota la informació que necessitàveu en aquell moment? *

Sí

No

8. Si vàreu trobar a faltar més informació, sobre quin aspecte era? (el tractament, la malaltia, possibilitats de curació, passos o protocol que seguiríeu, altres)

sobre la malaltia

el tractament

possibilitats de curació

passos o protocol a seguir

Altres...

9. Creieu que la comunicació amb el vostre metge ha influït o influeix en la vostra confiança cap el tractament, en sentir-vos més segurs...

- Sí
 No

10. Creieu que el vostre metge hauria de millorar les seves habilitats comunicatives?

- Sí
 No

11. Creieu que el vostre metge va preparar prèviament tot el necessari per donar-vos la mala notícia?

- Sí
 No

12. Creieu que el metge va poder dedicar tot el temps necessari en la comunicació de la mala notícia?

- Sí
 No

13. Creieu que el metge va tenir en compte la vostra situació personal i emocional quan us va donar la mala notícia?

- Sí
 No

14. Us vàreu sentir escoltats pel vostre metge?

- Sí
 No

15. Us va preguntar com us sentíeu un cop us va donar la mala notícia?

- Sí
 No

16. Com hauríeu millorat la comunicació de la mala notícia (si és que era necessari millorar-la)

Text d'una resposta llarga

Si vols, a continuació pots deixar algun comentari sobre algun aspecte que consideris important en la comunicació de males notícies per part del teu metge

Text d'una resposta llarga

Gràcies per haver respost aquest qüestionari!

Descripció (opcional)



Bibliografia

Lázaro, J. Gracia, D. (2003). La relación médico-enfermo a través de la historia. Recuperat de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002

Watzlawick, P. Helmick, J. Jackson, D. (1985) Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Espanya. Editorial Herder.

Estudio de Comunicación. (2014). La comunicación médico-paciente. Recuperat de:

<http://www.estudiodecomunicacion.com/extranet/wp-content/uploads/2014/07/140508ISO-ESTUDIO-Com-MedPac-V3.pdf>

Ricart, A. (2008). ¿Cómo comunicar las malas noticias? Desarrollo Profesional. Núm: 1.695. Recuperat de:

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1695/41/00410044-LR.pdf>

Ruiz, Roger. (2015). Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.009>

Rizo, M. (2011). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Portal de la Comunicación InCom-UAB. Recuperat de:

http://www.portalcomunicacion.com/uploads/pdf/17_esp.pdf

Rizo, M. (2004). El camino hacia la "Nueva Comunicación". Breve apunte sobre las aportaciones de la Escuela de Palo Alto. Razón y Palabra. Núm. 40. Recuperat de:

<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/mrizo.html>

Sádaba, T. (2001). Origen, aplicación y límites de la teoría del encuadre (framing) en comunicación. Communication & Society 14(2), 143-175.

Recuperat de:

https://www.unav.es/fcom/communication-society/es/articulo.php?art_id=335

Daza, Y. (2013). El Hombre según Immanuel Kant. El origen de la filosofía.

<http://elorigendelafilosofia.blogspot.com.es/2013/06/el-hombre-segun-immanuel-kant.html>

Brédart, A. Boulecc, C. Dolbeaut, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperat de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15933466#>

Siegler, M. (2011) Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Núm. 26

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89(8), 1445–1449.
<http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>

Laín Entralgo, P. (1964). La relación médico-enfermo: Historia y teoría. Madrid, Espanya. Revista Occidente.

Plans d'estudi (última consulta 5/5/2017):

Dades i indicadors informe seguiment curs 2011-12 (UB) :
<http://www.ub.edu/agenciaqualitat/sites/default/files/dades-iguies/informseguiment1112/g1046.pdf>

UB:

<http://www.ub.edu/medicina/graumedicina/plans%20docents/PSICOLOGIA%20med.pdf>

UAB:

<http://www.uab.cat/web/estudiar/llicitat-de-graus/el-grau-en-xifres/medicina-1297754209672.html?param1=1263281708763>

<http://www.uab.cat/web/estudiar/llicitat-de-graus/pla-d-estudis/estructura-del-pla-d-8217-estudis-1345467811493.html?param1=1263281708763>

UPF:

<https://www.upf.edu/web/universitat/grau-en-medicina>

<https://www.upf.edu/web/cexs-uca/grau-en-medicina/pla-d-estudis-medicina>

UDL:

<http://www.graumedicina.udl.cat/ca/fitxa.html>

UVIC:

<https://www.uvic.cat/grau/medicina>