



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Ferreira, Juliano Cezar; Pereira, Ana Paula; Bonamigo, Elcio Luiz
Dificuldade de comunicar a morte do paciente aos familiares
Revista Bioética, vol. 30, núm. 1, 2022, Enero-Abril, pp. 36-44
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570858005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Dificultad para comunicar la muerte del paciente a los familiares

Juliano Cezar Ferreira¹, Ana Paula Pereira¹, Elcio Luiz Bonamigo¹

1. Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joinville/SC, Brasil.

Resumen

Teniendo en cuenta que comunicar la muerte de un paciente a familiares es tarea difícil para los profesionales de la salud, el objetivo de esta investigación fue identificar en la literatura recomendaciones para reducir los daños de esa situación. Se trata de un estudio cualitativo realizado por medio de revisión bibliográfica en las bases de datos del portal Capes con la utilización de los Términos “muerte” y “comunicación”. Los resultados, obtenidos a partir de 18 artículos seleccionados, fueron divididos en tres categorías: formación profesional, preparación familiar y práctica profesional. En cuanto a la formación profesional, se indicó, sobre todo, entrenamiento por *role playing* precedido de fundamentación teórica; para la preparación de los familiares, se recomendó promover el diálogo mientras el paciente vive; en relación con la práctica profesional, se aconsejó compartir informaciones entre compañeros y adoptar medidas de control emocional. Se comprobó que prácticas simuladas, intercambio de informaciones entre profesionales, control emocional de los profesionales y diálogo con y entre familiares contribuyen a reducir el daño de la comunicación de muerte.

Palabras clave: Muerte. Actitud frente a la muerte. Muerte parental. Sistemas de comunicación en hospital. Discusiones bioéticas.

Resumo

Dificuldade de comunicar a morte do paciente aos familiares

Considerando que comunicar a morte de paciente a familiares é tarefa difícil para profissionais de saúde, o objetivo desta pesquisa foi identificar na literatura recomendações para reduzir os malefícios dessa situação. Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de revisão bibliográfica nas bases de dados do Portal Capes com a utilização dos termos “morte” e “comunicação”. Os resultados, obtidos em 18 artigos selecionados, foram divididos em três categorias: formação profissional, preparo familiar e prática profissional. Quanto à formação profissional, indicou-se, sobretudo, treinamento por *role playing* precedido de fundamentação teórica; para o preparo dos familiares, recomendou-se promover diálogo enquanto o paciente vive; em relação à prática profissional, aconselhou-se compartilhar informações entre colegas e adotar medidas para controle emocional. Constatou-se que práticas simuladas, troca de informações entre profissionais, controle emocional dos profissionais e diálogo com e entre familiares contribuem para reduzir o malefício da comunicação de morte.

Palavras-chave: Morte. Atitude frente à morte. Morte parental. Sistemas de comunicação no hospital. Temas bioéticos.

Abstract

Difficulty communicating the patient's death to family members

Considering that informing family members of a patient's death is an arduous task for health professionals, the objective of this research was to identify in the literature recommendations to reduce the distress caused by this situation. This is a qualitative study carried out by means of a literature review on the Capes Portal database using the terms “death” and “communication.” The results, obtained from 18 selected articles, were divided into three categories: professional training, family preparation, and professional practice. Regarding professional training, it was indicated, above all, training by role playing preceded by theoretical foundations; for family members' preparation, the recommendation was to engage in dialogue while the patient is alive; in relation to professional practice, the advice given was information sharing between colleagues and adoption of measures for emotional control. It was found that simulated practices, information sharing between professionals, emotional control of professionals and dialogue with and between family members contribute to reducing the distress when communicating death.

Keywords: Death. Attitude to death. Parental death. Hospital communication systems. Bioethical issues.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aunque la muerte es una de las pocas cosas seguras de la vida, su aceptación es difícil, ya que se considera un enemigo que debe ser combatido sin cesar y, si es posible, vencer¹. La comunicación de la muerte de un paciente a sus familiares es una tarea difícil y delicada que requiere de habilidades y competencias especiales por parte de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos, para aminorar el impacto, que suele ser más intenso cuando el suceso ocurre inesperadamente.

Entre las dificultades, surge la sensación de inseguridad de los profesionales para revelar el desenlace inexorable del paciente ante el recelo de que la familia los considere culpables. Igualmente, se destaca la falta de preparación emocional y la falta de habilidades para este tipo de comunicación. Así, teniendo en cuenta que las reacciones son diferentes entre los protagonistas de cada evento, esa complejidad de escenarios demanda una formación profesional integral, de manera que no hay un discurso predefinido para facilitar el enfrentamiento de cada situación que se presenta².

El médico, como principal responsable, debe ser muy cuidadoso con la información que debe ofrecer, ya que no basta comunicar la muerte, que constituye en sí misma un daño, sino expresarse con palabras adecuadas, con atención y cuidado, para llevar consuelo a las personas que generalmente no están preparadas para recibir la noticia. Sin embargo, hay que tener en cuenta que incluso los médicos experimentados manifiestan incertidumbre y angustia durante la comunicación².

El vínculo entre médico y paciente tiende a ser más profundo en el caso de enfermos crónicos, observándose que, en caso de muerte, el dolor de los familiares es atenuado de forma inversamente proporcional a la intensidad de esa relación. Por esta razón, se recomienda que la comunicación de la mala noticia sea hecha por el profesional más ligado al paciente. Sin embargo, hay médicos entre otros profesionales, considerados insensibles y que, por falta de formación humanística, ni siquiera hablan con la familia, enviando a otro profesional en su lugar³.

Algunas particularidades de la comunicación requieren la adecuación de la conducta profesional. Así, cuando es confirmada la muerte del paciente internado en unidad de cuidados

intensivos, por ejemplo, la comunicación no puede ser dada por teléfono, siendo necesario hacerlo personalmente.

Cuanto más avanza la ciencia, más se teme y se niega la muerte, y los profesionales de la salud deben tener humildad y habilidad para hacer frente a la pérdida⁴. Sin embargo, hay evidencia de que los médicos no están lo suficientemente preparados para esto en su formación, incluso teniendo contacto con cadáveres ya al comienzo de los estudios, por lo que se ven obligados a desarrollar esta habilidad durante el ejercicio profesional, a menudo sin apoyo teórico^{1,5}. Por lo tanto, aunque adquieran en el trabajo algún conocimiento práctico sobre el asunto, se estima que esa ausencia de fundamental podría ser superada aún en la formación profesional.

Normalmente, la noticia de la muerte es dada por el médico, pero otros profesionales de la salud también están involucrados en la divulgación. De este modo, la mayoría de los consejos profesionales incluyeron en sus códigos de ética los principios bioéticos de la beneficencia y de la no maleficencia como deberes fundamentales de sus miembros en la lucha contra el sufrimiento humano.

El Código de Ética Médica, en su principio Fundamental II, orienta a los médicos a actuar con el máximo celo en beneficio de la salud del ser humano y, en los principios IV, V, XII y XIII, a evitar la maleficencia resultante de: sufrimiento físico, falta de actualización científica de los profesionales y no adopción de medidas de Prevención con relación a los riesgos laborales o ambientales⁶.

El objetivo de este trabajo fue identificar en la literatura las principales recomendaciones hechas a los profesionales de la salud, sobre todo a los médicos, para reducir los daños de la comunicación durante el cumplimiento de la difícil tarea de informar a la familia de la muerte de un ser querido.

Método

Se trata de un estudio cualitativo desarrollado por medio de revisión bibliográfica realizada en la base de datos del Portal Capes entre junio y julio de 2019. Para la investigación, se insertaron en la búsqueda avanzada en portugués “comunicação and morte” y, en la búsqueda en inglés, los términos “communication and death” únicamente en el

título. Debido a la pequeña disponibilidad de trabajos en portugués, se seleccionaron artículos y resúmenes de los últimos 15 años; la búsqueda en inglés, lengua con mayor disponibilidad, consideró publicaciones de los últimos 10 años.

Se incluyeron artículos y resúmenes con alguna propuesta de orientación a profesionales de la salud sobre comunicación de muerte de paciente a sus familiares, con especial atención a trabajos con recomendaciones que pueden ser puestas en práctica. Se excluyeron artículos que trataban de la comunicación de muerte en casos específicos, como VIH, pacientes pediátricos y personas con discapacidad, debido a las particularidades de los individuos y contextos involucrados.

Se utilizó el método de análisis de contenido de Bardin⁷ para tratar los datos recopilados. En la primera etapa se realizó el preanálisis por medio de la lectura flotante, se estableció el objetivo y se seleccionaron los documentos a analizar; enseguida fueron incluidos algunos resúmenes de congresos, por la relevancia de sus proposiciones; por fin se agregaron los ítems seleccionados por los criterios sobre todo de pertinencia y homogeneidad de proposiciones.

En la segunda etapa, cuando el material fue explorado, se examinó el criterio de exclusividad y se sintetizaron las proposiciones encontradas en los trabajos en tres categorías. En la tercera etapa, que consistió en el tratamiento de los resultados, inferencias e interpretación, con base en la significación, las proposiciones fueron interpretadas y los mensajes inferidos y condensados en núcleos de sentido.

Resultados

En la búsqueda en portugués fueron encontrados 30 artículos, de los cuales ocho trataban del tema de la investigación, pero solamente siete fueron seleccionados, por contener proposiciones recomendadas a los profesionales de la salud, conforme objetivo de la investigación. En la búsqueda en inglés fueron encontrados 119 artículos y dos resúmenes, de los cuales 34 trataban del tema de la búsqueda, pero solamente diez (ocho artículos y los dos resúmenes) fueron seleccionados por el mismo motivo, pero un artículo fue excluido por no estar disponible.

Así, fueron incluidos 18 artículos en el estudio, agrupados en tres categorías –1) Formación profesional (cinco artículos); 2) preparación familiar (siete artículos), y 3) práctica profesional (seis artículos)–, según Cuadros 1, 2 y 3. Los resúmenes de Zhang y colaboradores⁸ y Lambda y colaboradores⁹ fueron incluidos por la importancia de sus informaciones para el tema de la formación profesional.

Formación de los profesionales de la salud

Cinco trabajos abordaron la importancia de la formación profesional en la comunicación de la muerte a los familiares del paciente y apuntaron proposiciones (Cuadro 1). Las habilidades pueden adquirirse en *workshop* seguido de práctica simulada (*role playing*) en pequeños grupos, metodología que tuvo buena evaluación entre los profesionales que participaron del evento¹⁰.

Cuadro 1. Propuestas de la categoría “Formación profesional”

Autor (es); fecha	Proposiciones de cada trabajo	Síntesis de las proposiciones
Zhang y colaboradores; 2017 ⁸	Curso teórico seguido de práctica simulada (<i>role playing</i>)	1. Promover el workshop con práctica simulada 2. Incluir el contenido en la disciplina de la bioética 3. Presentar videos didácticos sobre la muerte
Lamba y colaboradores; 2016 ⁹	Presentación de videos didácticos seguida de práctica simulada (<i>role playing</i>), maniobras de reanimación y comunicación de muerte	
Coyle y colaboradores; 2015 ¹⁰	<i>Workshop</i> seguido de una práctica simulada (<i>role playing</i>)	
Duarte, Almeida y Popim; 2015 ¹¹	Enfoque en la disciplina de bioética	
Kovács; 2011 ¹²	Proyección y análisis de películas didácticas sobre la muerte	

De forma similar, otra investigación apuntó que el entrenamiento de médicos residentes por medio de curso teórico seguido de simulación (*role playing*) da como resultado un mayor conocimiento sobre el tema y una sensación de mayor preparación para comunicar la muerte cerebral de un paciente a sus familiares⁸. Una tercera investigación de médicos residentes adoptó la presentación de videos didácticos seguida de práctica simulada (*role playing*), incluida la reanimación cardiorrespiratoria y la comunicación de malas noticias, lo que proporciona un mejor control emocional y un mayor conocimiento de los participantes⁹.

Estudio brasileño identificó falta de iniciativa por parte de las instituciones de enseñanza para ofrecer a los alumnos de pregrado habilidades técnicas y emocionales para lidiar con la muerte, tal como describen los estudios internacionales⁸⁻¹⁰ (Cuadro 1), que apuntan como solución la inclusión del tema en la enseñanza de bioética¹¹.

Una última proposición indicó el análisis, en grupo, de películas del proyecto denominado hablando de muerte, que componen un conjunto de películas preparadas para proporcionar a profesionales la adquisición de habilidades en comunicación

sobre la muerte¹². Las cinco proposiciones se sintetizaron y condensaron en tres, según el núcleo de sentido de sus mensajes (Cuadro 1).

Preparación familiar para recibir la comunicación sobre la muerte

En siete artículos había proposiciones sobre la forma de preparación de los familiares para la comunicación de la muerte del paciente (Cuadro 2). La promoción del encuentro entre familiares y paciente cuando la muerte es inminente facilita su aceptación y contribuye para que haya menos depresión durante el duelo, constituyendo la primera proposición¹³.

La conversación entre el paciente y sus seres queridos alivia el estrés y evita los remordimientos posteriores a la muerte, así como los prepara para el evento configurando la segunda proposición¹⁴. Este encuentro se puede realizar con la ayuda de un programa llamado Death over Dinner (O Death Café), creado para estimular el diálogo sobre la muerte durante las reuniones, iniciativa que contribuye a la aceptación de la propia muerte y de los seres queridos y se enmarca en la tercera y cuarta proposición^{15,16}.

Cuadro 2. Propuestas de la categoría preparación familiar

Autores y año	Proposiciones	Síntesis de las proposiciones
Otani y colaboradores; 2017 ¹³	Promover encuentro del paciente con familiares antes de la muerte	1. Promover encuentros entre familiares y de estos con el paciente
Keeley; 2017 ¹⁴	Fomentar el enfoque sobre la muerte entre el paciente y sus seres queridos	
South y Elton; 2017 ¹⁵	Organizar cenas con familiares para hablar sobre la muerte	
Baldwin; 2017 ¹⁶	Promover reuniones de familiares para hablar sobre la muerte	2. Buscar la buena relación entre profesionales y familiares
Jonasson y colaboradores; 2011 ¹⁷	Promover el encuentro entre parejas cuando uno está gravemente enfermo	3. Combatir la vulnerabilidad social
Starzewski, Rolim y Morrone; 2005 ⁴	Tener buena comunicación y buena relación entre los profesionales y con los familiares	
Combinato y Martin; 2017 ¹⁸	Combatir la vulnerabilidad social	

Cuando no hay conversación sobre el final de la vida entre paciente casado y su cónyuge en los tres meses previos a la muerte, esto provoca un sentimiento de culpa mayor en la persona que perdió a su pareja. Esto sugiere, por tanto, como quinta

proposición, que se estimule el diálogo sobre terminalidad de la vida en parejas cuando un cónyuge esté enfermo, sobre todo en fase terminal de vida¹⁷.

La sexta proposición consiste en la formación humanística y filosófica de los profesionales,

así como en la buena relación entre profesionales y la familia del paciente, que favorecen la comunicación especialmente en casos más difíciles, como la muerte de jóvenes y de pacientes agudos⁴. De manera más amplia, la séptima proposición destaca que el apoyo a la familia se puede dar a través del combate a la vulnerabilidad social y de medidas para la reducción de las desigualdades sociales¹⁸.

Las siete proposiciones fueron sintetizadas en tres, según el núcleo de sentido de sus mensajes, conforme Cuadro 2.

Comunicación de muerte del paciente: práctica de los profesionales de la salud

Seis artículos traían proposiciones sobre la práctica profesional para la comunicación de muerte de paciente a familiares. Como primera proposición, el compartir la verdad sobre el paciente en muerte eminente entre los profesionales del equipo, sin actitud de negación o encubrimiento, facilita el proceso de comunicación a los familiares. Esta debe ser hecha de preferencia por el médico que más se relaciona con la familia y que tenga la respectiva preparación ética y técnica para la función¹⁹.

La segunda proposición sugiere el incremento del intercambio de experiencias entre los profesionales de la salud de una institución, pues eso influye en la calidad de las informaciones transmitidas internamente y tal intercambio mejora la información pasada a los familiares. De esta manera, hay menos actitudes de evasión y ocultación²⁰.

Conforme a la tercera proposición, el profesional de la salud necesita tener disposición para escuchar al paciente en fase terminal, con el objetivo de proporcionar más calidad al resto de su vida. Así, se recomienda que la tarea de comunicación de muerte al paciente y a la familia sea ejercida con dedicación y confianza, prestando informaciones claras, con serenidad y en local adecuado²¹.

Como cuarta proposición, considerando que el médico puede manifestar ansiedad en relación con la propia muerte y, con eso, afectar la comunicación y las decisiones a ser tomadas, se recomienda atención para el perfeccionamiento de su control emocional²². Como quinta proposición, se aconseja que el médico tenga una vida dedicada a la familia, con práctica religiosa y *hobbies* y que se le ofrezca acompañamiento psicológico. Además, se orienta tratar a la persona y no solamente su enfermedad, postura que contribuye a disminuir efectos psíquicos negativos de la actividad médica⁵.

La última proposición recomienda el uso de eufemismos por parte de los médicos para disminuir el impacto de la comunicación, siendo los más citados: “no tuve éxito”, “ya se fue”, “incompatible con la vida”, “falleció”, “no respondió a ninguno de nuestros intentos”, “la enfermedad fue mucho más fuerte que él”, “sucedió lo peor”, “las noticias no son buenas”, “es mejor ir que vegetar”, “estaba sufriendo mucho”²³.

Las seis proposiciones se sintetizaron en cuatro, según el núcleo de sentido de sus mensajes, según el cuadro 3.

Cuadro 3. Propuestas de la categoría práctica profesional

Autores; fecha	Proposiciones	Síntesis de las proposiciones
Monteiro y, colaboradores; 2015 ¹⁹	Promover el intercambio de información entre los profesionales y de los profesionales con la familia	1. Compartir información entre profesionales y familiares 2. Desarrollar habilidades en los profesionales 3. Promover una vida regulada y apoyo psicológico a los profesionales 4. Usar eufemismos puede ayudar a algunos profesionales en la comunicación
Rivolta y colaboradores; 2014 ²⁰	Promover el intercambio de información entre los profesionales	
Medeiros y Lustosa; 2011 ²¹	El profesional debe adquirir habilidades de comunicación y estar dispuesto a escuchar	
Drapper y colaboradores; 2019 ²²	Control de la ansiedad y sentimientos del profesional	
Tamada y colaboradores; 2017 ⁵	Para tener equilibrio emocional, el profesional debe tener vida regulada y apoyo psicológico	
Souza y colaboradores; 2018 ²³	Uso de eufemismos, como: “no tuve éxito”, “ya se fue”, “estaba sufriendo mucho”, etc.	

Discusión

En las tres categorías analizadas (cuadros 1, 2 y 3), los artículos presentaron diez proposiciones relevantes a los profesionales de la salud, sobre todo a los médicos, respecto a la difícil tarea de comunicar la muerte de un paciente a sus familiares. En relación con la formación profesional (Cuadro 1), en tres de los cinco artículos y resúmenes seleccionados⁸⁻¹⁰ surge la primera proposición, que es la práctica simulada con *role playing* precedida de introducción teórica a través de presentaciones expositivas o películas didácticas. Por lo tanto, se infiere que esta es la metodología más indicada para el desarrollo de habilidades y control emocional de los profesionales durante la comunicación de muerte.

Esta metodología puede utilizar pacientes simulados o solo estudiantes que desempeñan los roles de médico y paciente. En revisión de la literatura, ella fue apuntada como la más recomendada también para la adquisición de habilidades en la divulgación de malas noticias a pacientes en caso de diagnósticos desfavorables, tratándose de situación análoga²⁴.

En este sentido, una investigación reciente encontró que los estudiantes de medicina consideran importante adquirir nuevas competencias humanísticas en su formación, mejorar las relaciones médico-paciente, médico-interdisciplinario, médico-multidisciplinario y Médico-familiar (con visión social del paciente). Estas cualidades contribuyen a mejorar el desempeño del equipo y el control emocional de sus integrantes ante situaciones más complejas de la profesión, como la comunicación de muerte²⁵.

Aún en la categoría "Formación profesional", surgen dos proposiciones más sobre la adquisición de habilidades de comunicación de muerte: 1) puede ser incluida como contenido de la disciplina de bioética; y 2) puede ser estudiada por medio de proyección de videos didácticos sobre el tema^{11,12}. Se trata de alternativas oriundas de trabajos desarrollados en Brasil, posiblemente porque la mayoría de las facultades brasileñas aún no ofrecen el método *role playing* para la adquisición de habilidades en comunicación. Sin embargo, se señala que no se ha encontrado ningún trabajo que aclare esta situación en el país.

En la enseñanza de la bioética este tema se incluye en el contenido del principio de la no maleficencia. La proyección de videos didácticos durante la formación proporciona la oportunidad de acceder a los conocimientos teóricos que se pueden desarrollar durante la práctica profesional.

En cuanto a la preparación de los familiares (Cuadro 2), fueron presentadas tres proposiciones y la principal de ellas apunta que hablar sobre la muerte es la mejor forma de prepararlos para el evento y, consecuentemente, disminuir los efectos del duelo. En este contexto, las parejas necesitan hablar entre sí antes de la muerte de uno de los cónyuges, así como los familiares del paciente en fase terminal de la vida, con el fin de disminuir su propio dolor durante el duelo^{13,14,17}. En esta situación, cada miembro de la familia experimenta diferentes emociones y, cuando las personas comparten experiencias, se produce un mayor acercamiento, lo que facilita la aceptación de la muerte y disminuye el tiempo de duelo.

La segunda proposición de esta categoría recomienda la buena relación entre profesionales y pacientes; sin embargo, los autores señalan la deficiencia de formación humanitaria y filosófica de los profesionales⁴. El Capítulo V del Código de Ética Médica trata de la relación con pacientes y familiares, la cual considera un deber del médico⁶. Para los profesionales, como no hay un discurso listo que facilite la comunicación en todos los casos posibles, surge la necesidad de una formación amplia y consistente con adquisición de habilidades que les permitan estar preparados para dar respuestas adecuadas en cada situación que se presente².

Finalmente, el cuidado con la vulnerabilidad social, que puede ocurrir sobre todo a través de la asistencia en las diversas dificultades que rodean la muerte, es una forma de disminuir el dolor de los familiares, constituyendo la tercera proposición¹⁸. La muerte es un evento inusual en la familia, por lo que muchas dificultades y dudas pueden surgir de la falta de conocimiento, desde la obtención de la declaración de defunción hasta el lugar destinado para el velorio y entierro. Por eso, además de la habilidad de comunicación, el profesional necesita tener disposición y conocimiento para ayudar en los aspectos prácticos que suceden a la muerte del familiar.

En cuanto a la práctica profesional (cuadro 3), fueron presentadas cuatro proposiciones, destacándose la primera, según la cual el intercambio de informaciones sobre las condiciones del paciente o su fallecimiento entre los miembros del equipo contribuye para que no surjan incertidumbres entre los familiares, debido a eventuales contradicciones¹⁹. Es muy desagradable para los familiares recibir informaciones contradictorias, que solamente aumentan la angustia de un momento tan difícil, de manera que es necesario que el equipo multiprofesional dialogue entre sí. Además, la información debe transmitirse con calma, con palabras claras y en un lugar adecuado⁴.

Como segunda proposición, se aconseja que los profesionales tengan disposición constante para desarrollar habilidades de comunicación y direccionen el enfoque de su atención más en el enfermo que en la enfermedad²¹. Este enfoque valora la acción humanitaria de los profesionales y contribuye a alejar la sensación de derrota ante la muerte inminente – aunque hay situaciones más difíciles, que exigen mayor habilidad y equilibrio emocional, como la comunicación de la muerte de pacientes agudos y jóvenes⁴. El Código de Ética Médica, en su principio Fundamental V, recomienda al médico el perfeccionamiento profesional constante, incluyendo consecuentemente la habilidad de comunicación⁶.

La tercera proposición recomienda la buena preparación emocional de los familiares. De este modo, aunque la manifestación de empatía por el profesional de salud que comunica la muerte ayude a atenuar el sufrimiento familiar, la acción del psicólogo puede ser relevante para perfeccionar la relación entre profesionales, paciente y familia²⁶. Los profesionales de la salud pueden mejorar su control emocional a través de cursos con clases expositivas o grupos de discusión, pero no se descarta la importancia de las conversaciones informales así como la realización de terapia personal para lograr este importante objetivo²⁷.

Durante la formación profesional, se pueden incluir prácticas que contribuyen al desarrollo de competencias emocionales, ya que algunos factores influyen negativamente en la interacción, tales como malas relaciones con colegas o jefatura e infraestructura inadecuada durante trabajo nocturno, considerado más estresante²⁸. En la propuesta de Silva, Cordero y Lima²⁹, una intervención pedagógica dirigida a la formación integral de los alumnos de medicina fortalecería el desarrollo de habilidades socioemocionales y, consecuentemente, mejoraría su desarrollo humano.

En este sentido, para evitar la frustración profesional, se recomienda que durante el pregrado en medicina el abordaje de la muerte sea menos biológico, disminuyendo sobre todo la importancia de la cura como único objetivo del tratamiento³⁰. En los hospitales-escuela, donde la carga emocional suele ser elevada, se sugiere la implantación de un servicio especializado con programas de apoyo psicológico a profesionales de la salud para un mejor control del estrés³¹. Del mismo modo, se recomienda la evaluación sistemática de la salud mental de los profesionales, así como el funcionamiento de un equipo multidisciplinario para apoyar el trabajo individual y aliviar el estrés³².

La cuarta proposición consiste en el uso de eufemismos, que, aunque pueden ser criticados por permitir interpretaciones erróneas, son empleados por muchos profesionales para suavizar la difícil información a dar, haciendo que las palabras menos desagradables para los familiares. Muchos eufemismos fueron señalados por Souza y colaboradores²³, como “no tuve éxito”, “ya se fue” o “estaba sufriendo mucho”, entre otros (Cuadro 3).

El empleo de eufemismos durante los diálogos de oncólogos con familiares y pacientes al final de la vida son bastante comunes y las respuestas explícitas (directas y sin eufemismos) ocurren sobre todo en caso de pregunta directa³³. Para dar más seguridad al profesional de la salud, sobre todo al médico, se recomienda la enseñanza de protocolos de comunicación de malas noticias durante el pregrado, como el protocolo Spikes, que obtuvo elevada aceptación de alumnos de un curso de medicina³⁴.

Consideraciones finales

Las proposiciones para reducir los daños de la comunicación de la muerte del paciente a los familiares despuntaron en las tres categorías investigadas. En relación con la “formación profesional”, se propone a los profesionales de la salud la adquisición de habilidades por medio de encuentros que inician con clases teóricas y se completan con *role playing* como la principal estrategia de entrenamiento. El planteamiento del tema como parte de la disciplina de bioética o por medio de la utilización de videos didácticos fue apuntado como metodología alternativa.

En cuanto a la categoría “Preparación familiar”, la buena comunicación entre profesionales de la salud y la familia, la promoción del diálogo sobre la muerte entre los familiares antes del fallecimiento del ser querido y el combate a la vulnerabilidad social constituyen proposiciones que buscan más coherencia y solidaridad.

Con respecto a la categoría “práctica profesional”, se recomienda compartir información, adquirir habilidades de comunicación y desarrollar el control emocional a través de programas de apoyo específicos, así como adoptar una vida personal regulada. El uso de eufemismos para disminuir el impacto negativo de la comunicación no está descartado; sin embargo, es necesario cautela para que la práctica no ocasione omisión de la verdad.

De esta forma, para respetar el principio de la no maleficencia, uno de los preceptos fundamentales de la bioética y uno de los más antiguos de la

medicina, no basta que los profesionales de la salud tengan buenas intenciones. Así, es necesario un proceso de formación sobre comunicación integral, que contemple equilibrio emocional, adopción de prácticas humanísticas y adquisición de conocimientos técnicos y habilidades especializadas.

Una limitación del estudio fue la escasa disponibilidad de estudios realizados en Brasil sobre el *role playing*, metodología frecuentemente propuesta en trabajos internacionales, utilizada durante el pregrado para desarrollar habilidades en la comunicación de muerte de paciente.

Referencias

1. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2005 [acesso 9 set 2021];25(3):48-97. DOI: 10.1590/S1414-98932005000300012
2. Guimarães K. Como os médicos têm se preparado para o pior momento da carreira: dar más notícias. *BBC News Brasil* [Internet]. 28 out 2017 [acesso 9 set 2021]. Disponível: <https://bbc.in/3gBpnWO>
3. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev Latinoam Enf* [Internet]. 2005 [acesso 9 set 2021];13(1):99-104. DOI: 10.1590/S0104-11692005000100016
4. Starzewski A Jr, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2005 [acesso 9 set 2021];51(1):11-6. DOI: 10.1590/S0104-42302005000100011
5. Tamada JKT, Dalaneze AS, Bonini LMM, Melo TRC. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Rev Med* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];96(2):81-7. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i2p81-87
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1º nov 2018 [acesso 9 set 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2RyvAE8>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Zhang J, Lubitz AL, Shaughnessy G, Reynolds A, Goldberg AJ. Formal didactic training improves resident understanding and communication of brain death. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];225(4):e153. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2017.07.941
9. Lamba S, Tyrie L, Bryczkowski S, Nagurka R, Mosenthal A. Teaching surgery and emergency medicine residents the communication skills around death and dying in the trauma setting. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016 [acesso 9 set 2021];51(2):333. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.160
10. Coyle N, Manna R, Shen M, Banerjee SC, Penn S, Pehrson C et al. Discussing death, dying, and end-of-life goals of care: a communication skills training module for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 9 set 2021];19(6):697-702. DOI: 10.1188/15.CJON.697-702
11. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 9 set 2021];19(55):1207-19. DOI: 10.1590/1807-57622014.1093
12. Kovács MJ. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2011 [acesso 9 set 2021];31(3):482-503. DOI: 10.1590/S1414-98932011000300005
13. Otani H, Yoshida S, Morita T, Aoyama M, Kizawa Y, Shima Y et al. Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];54(3):273-9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.010
14. Keeley MP. Family communication at the end of life. *Behav Sci* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];7(3):45. DOI: 10.3390/bs7030045
15. South AL, Elton AJ. Contradictions and promise for end-of-life communication among family and friends: death over dinner conversations. *Behav Sci* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];7(2):24. DOI: 10.3390/bs7020024
16. Baldwin PK. Death Cafés: death doulas and family communication. *Behav Sci* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];7(2):26. DOI: 10.3390/bs7020026
17. Jonasson JM, Hauksdóttir A, Nemes S, Surkan PJ, Valdimarsdóttir U, Onelöv E, Steineck G. Couples' communication before the wife's death to cancer and the widower's feelings of guilt or regret after the loss: a population-based investigation. *Eur J Cancer* [Internet]. 2011 [acesso 9 set 2021];47(10):1564-70. DOI: 10.1016/j.ejca.2011.01.010
18. Combinato DS, Martin STF. Necessidades da vida na morte. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2017 [acesso 9 set 2021];21(63):869-80. DOI: 10.1590/1807-57622016.0649
19. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015 [acesso 9 set 2021];15(2):547-67. Disponível: <https://bit.ly/3JdusAL>

20. Rivolta MM, Rivolta L, Garrino L, Di Giulio P. Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [acceso 9 set 2021];18(1):29-34. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.09.012
21. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev SBPH* [Internet]. 2011 [acceso 9 set 2021];14(2):203-27. Disponível: <https://bit.ly/3LmlamB>
22. Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JCF, van Laarhoven HWM, Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: a systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 [acceso 9 set 2021];102(2):266-74. DOI: 10.1016/j.pec.2018.09.019
23. Souza GA, Giacomini K, Aredes JS, Firmo JOA. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis* [Internet]. 2018 [acceso 9 set 2021];28(3):e280324. DOI: 10.1590/S0103-73312018280324
24. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acceso 9 set 2021];18(3):725-42. Disponível: <https://www.bit.ly/2FWQoLL>
25. Freitas LS, Ribeiro MF, Barata JLM. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet]. 2018 [acceso 9 set 2021];28:e-1949. Disponível: <https://bit.ly/3IyaTCs>
26. Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev SBPH* [Internet]. 2009 [acceso 9 set 2021];12(1):151-73. Disponível: <https://bit.ly/3oy5qVe>
27. Amaral MXG, Achette D, Barbosa LNF, Bruscatto WL, Kavabata NK. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. *Rev SBPH* [Internet]. 2008 [acceso 9 set 2021];11(1):61-86. Disponível: <https://bit.ly/34rLj3W>
28. Santos CLM, Rodrigues CLP, Silva LB, Bakke HA, Leite ASM, Leal MMA. Stress factors in physicians' activity in João Pessoa (Brazil). *Prod* [Internet]. 2011 [acceso 9 set 2021];21(1):181-9. DOI: 10.1590/S0103-65132011005000003
29. Silva DCMA, Cordeiro EPB, Lima AF. Formação médica integral: possíveis contribuições da educação emocional [Internet]. In: *Anais do V Congresso Nacional de Educação*; 17-20 out 2018; Recife. Recife: Realizeventos; 2018 [acceso 9 set 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3LoPD4Q>
30. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acceso 8 jan 2022];35(1):37-43. DOI: 10.1590/S0100-55022011000100006
31. Katsurayama M, Gomes NM, Becker MAA, Santos MC, Makimoto FH, Santana LLO. Evaluating stress levels on physicians residents and non-residents from academic hospitals. *Psicol Hosp* [Internet]. 2011 [acceso 9 set 2021];9(1):75-96. Disponível: <https://bit.ly/3GxR9hr>
32. Santos AFO, Cardoso CL. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicol Estud* [Internet]. 2010 [acceso 9 set 2021];15(2):245-53. Disponível: <https://bit.ly/3Jh8Jlk>
33. Rodriguez KL, Gambino FJ, Butow P, Hagerty R, Arnol RM. Pushing up daisies: implicit and explicit language in oncologist-patient communication about death. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [acceso 1º jan 2019];15(2):153-61. DOI: 10.1007/s00520-006-0108-8
34. Freiburger MH, Carvalho D, Bonamigo EL. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acceso 15 jan 2022];27(2):318-25. DOI: 10.1590/1983-80422019272316

Juliano Cezar Ferreira – Especialista – juliano.ferreira@unoesc.edu.br

0000-0001-6999-3459

Ana Paula Pereira – Magíster – ana.pereira@unoesc.edu.br

0000-0003-4432-2821

Elcio Luiz Bonamigo – Doctor – elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

0000-0002-0226-7070

Correspondencia

Elcio Luiz Bonamigo – Rua Treze de Maio, 314, sala 21 CEP 89600-000. Joaçaba/SC, Brasil.

Participación de los autores

Todos los autores contribuyeron al análisis, interpretación de los datos y redacción del artículo.

Recibido: 16.1.2020

Revisado: 20.1.2022

Aprobado: 24.1.2022