

# **Cómo dar bien las malas noticias**

Marcos Gómez Sancho

*Presidente de la Comisión Central de Deontología  
Organización Médica Colegial*

Director de la Unidad de Medicina Paliativa  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín  
35012 Las Palmas de Gran Canaria  
[www.mgomezsancho.com](http://www.mgomezsancho.com)

## ***Introducción***

Estos últimos años las mentalidades han cambiado mucho a propósito de la información suministrada al paciente sobre su diagnóstico, su tratamiento y la evolución de su enfermedad. Las relaciones entre los profesionales de la salud y los enfermos se basan, cada vez con mayor frecuencia, sobre el consentimiento informado a propósito de exámenes y tratamientos.

En tiempos pasados, hemos vivido (sobre todo en países latinos) en un ambiente de paternalismo por parte de profesionales y familiares en el que ambos preferían ocultar al enfermo su situación pensando que esto era lo mejor para él. Hoy este esquema es cada vez menos válido y los códigos éticos y también legales abogan más y más por la autonomía de los enfermos. Estamos entonces en un periodo de transición que nos obliga a adaptarnos a la nueva situación.

Considerándose la muerte como un fracaso terapéutico, siempre resulta difícil anunciar una mala noticia. Anunciar a un enfermo un éxito quirúrgico o la curación de una enfermedad, siempre es agradable para el profesional, pero anunciar un fracaso, una recidiva o una progresión irreversible, es siempre difícil y desagradable.

En efecto, el hecho de que el médico deba anunciar a su enfermo que no va a poder curarle su enfermedad, supone el acto más sublime de la práctica médica y, probablemente, el más difícil.

Se encuentra así el médico solo y desprovisto de recursos para hacer frente a tan delicada situación. Además, en nuestra cultura latina, con inusitada frecuencia los familiares se oponen a que informemos al enfermo y presionan al médico en este sentido. Por uno y otro motivo, no es raro que el médico opte por dimitir o por engañar al enfermo con el consiguiente menoscabo de la relación futura entre ambos: el médico se encontrará mal, porque sabe que no está haciendo las cosas bien y le dolerá tener que mentir un día y otro y el enfermo, por su parte, porque cada vez estará más aislado.

Y si este asunto interesa al profesional de la salud, porque forma parte de su trabajo, también interesa al resto de los ciudadanos como posibles futuros protagonistas de la situación. Cuando este asunto sale en una conversación, invariablemente todo el mundo, sanitario o no, opina: “*A mí me gustaría saberlo*”, “*Yo preferiría no enterarme*”, etc.

La amenaza de muerte inherente al enfermar provoca un estado de crisis en tanto es un acontecer de ruptura. La crisis implica un “cambio brusco y decisivo”. Se rompe con el estado de sano, de “no inmediatamente amenazado”. El *golpe diagnóstico* rompe la continuidad imaginaria de su ser. Sobreviene una sorpresa catastrófica. Sus representaciones-expectativa de futuro se desmoronan, sus proyectos pierden sentido a la luz de este saber. Queda a partir de este momento apartado del grupo de los vivientes sanos que sólo se ocupan en vivir. Él se ve enfrentado a morir, a vivir en la experiencia de la proximidad de la muerte. Esta crisis produce la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confortación, y la perturbación, a su vez, la necesidad de crear nuevas regulaciones que produzcan placer.

## ***El médico y las malas noticias***

Podemos definir las malas noticias como aquéllas que *modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir*. La fuerza de la impresión recibida por el enfermo, dependerá entonces de la disparidad entre las esperanzas del individuo —incluidas las expectativas de futuro— y la realidad médica. Se deduce que es imposible prejuzgar la posible reacción del enfermo, sin estar al corriente de lo que el enfermo sabe ya y, sobre todo, de lo que espera.

El médico es, habitualmente, quien aporta un porcentaje más elevado a la hora de la decisión sobre lo qué se dice y el cómo se dice. Y ello por una razón bien simple: el médico es quien primero conoce el diagnóstico y quien está profesionalmente capacitado para poder aventurar un pronóstico. Por otra parte, cada médico tiene su propia filosofía al respecto, su propio sistema de creencias, su experiencia acumulada y, en muchos casos, subconscientemente manejada.

A todos nos gusta dar buenas noticias y a nadie nos gusta dar las malas y los médicos no son una excepción. De hecho, el médico sufre cuando tiene que hacerlo. El 60% de los oncólogos griegos han manifestado sufrir tristeza y el 30% ansiedad en esta situación.

Por lo tanto, el médico teme, igual que el enfermo, las malas noticias, en parte por las mismas razones que éste y en parte a causa de ciertos aspectos de su formación profesional.

Lamentablemente, en los tiempos que corren, los profesionales no reciben durante su etapa de formación en las facultades y escuelas universitarias, ningún adiestramiento en este sentido. Nuestras facultades de Medicina consideran cumplida su misión si logran hacer del estudiante un buen técnico. Resulta inútil intentar encontrar en los libros de texto de Medicina o Cirugía escritos en España e incorporados a nuestros centros de enseñanza cualquier tipo de orientación, bien teórica o doctrinal, bien basada en la propia experiencia de sus autores (de nuestros catedráticos y profesores), que pueda servir como norma de conducta o como guía de referencia. Parece como si estos aspectos de nuestra relación con el enfermo en cuanto persona humana, de nuestra comunicación con él, y no digamos de todo lo referente al tema de cómo plantearle un diagnóstico mortal, rebasa el campo de la Medicina y quedaron relegados a lo que, no siempre con el respeto debido, suele ser calificado como de tarea para los humanistas. Se establece en la práctica una separación que sitúa en un campo lo técnico-científico y en el otro los valores humanos, sin apenas dejar margen para algún qué otro solitario puente entre ambos.

Efectivamente, una encuesta realizada en 1998 durante la celebración de la reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica ha revelado que más del 90% de los 500 oncólogos encuestados reconocieron carecer de formación para comunicar “malas noticias” a sus enfermos y controlar las reacciones emocionales que las mismas podían ocasionar en sus pacientes o sus familiares.

Además, la falta de comunicación está teniendo una repercusión muy importante en el elevado número de demandas efectuadas contra los médicos. Un abogado se expresaba así: *“Gran parte de las demandas por negligencia son debidas en realidad a quejas sobre una mala información. Hay médicos que no escuchan al enfermo, que no explican de forma asequible el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos y las secuelas que este último puede producir. Hay que buscar el modo de restablecer la comunicación entre el médico y el paciente, de manera que se desdramatice todo lo que supone una demanda civil”*.

Los médicos cada vez hablamos menos y escuchamos menos a los enfermos. Y los enfermos, sobre todo los enfermos graves e incurables, necesitan la palabra confortante de su médico y necesita ser escuchado por su médico quien con mucha frecuencia olvida que la palabra, el diálogo, es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazable por ningún aparato. El médico actual ya no tiene idea del poderío de la palabra. Cree en el poder de la química, pero no en el poder de la palabra.

Es comprensible que le resulte difícil a un médico decir la verdad. Las razones son las mismas que llevan a practicar el encarnizamiento terapéutico o a ver la eutanasia como un camino posible. Decir la verdad es reconfesar la propia fragilidad, reconocer ante la muerte cercana de otra persona que también yo, como él, estoy destinado al mismo desenlace. El miedo a la muerte es el que, en definitiva, nos hace mentir, nos empuja al encarnizamiento terapéutico o a la precipitación.

No siempre es fácil decir la verdad. Esto no significa que sea necesario mentir, sino que no es siempre necesario siempre y en cualquier lugar decir la verdad, sin importar cómo se diga. Siempre se puede permanecer callado, no decir nada; pero nunca mentir. Siempre es difícil, muy difícil comenzar a decir la verdad cuando nunca se ha dicho, romper la cadena de mentiras, porque mientras más se miente más propenso se está a la mentira. Decir la verdad es un estilo de vida.

### ***Algunas reflexiones sobre cómo hacerlo***

En la comunicación del diagnóstico, es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que pueden servir de orientación para ser más o menos explícitos a la hora de dar información al enfermo, así como para determinar la necesidad de diseñar estrategias complementarias de soporte.

Por ejemplo, los siguientes (tabla I):

**Tabla I . Elementos orientativos**

---

Equilibrio psicológico del enfermo.
Gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo.
Edad.
Impacto emocional sobre la parte enferma.
Tipo de tratamiento.
Rol social.

---

Cuando un médico se encuentre ante la necesidad de informar a un enfermo, le resultará muy útil recordar algunos detalles que le pueden ayudar al enfrentarse con esa situación. Podemos citar las siguientes:

#### ***Busque un lugar tranquilo***

El contexto en el que se desarrolle la información tiene mucha importancia. De entrada debemos decir que la costumbre de los médicos americanos de dar noticias de este tipo por teléfono, no nos parece adecuada. De hecho, un estudio demuestra que a

los enfermos americanos tampoco les parece adecuada. En este estudio, al 23% de los enfermos se les había informado por teléfono, con el consiguiente malestar de dichos enfermos por haber recibido su “sentencia” (en este caso sí).

Si la entrevista se lleva a cabo con un enfermo hospitalizado, se procurará, si el enfermo puede deambular, llevarle a una sala con mayor privacidad y comodidad, donde se pueda crear un ambiente de confort y distensión. Si el paciente está encamado y la habitación no es individual, se puede correr la cortina que a veces separa las distintas camas, lo que da la ilusión de cierta privacidad. Se procurará hablar más bajo con el fin de que los otros enfermos no escuchen la conversación (difícil, porque estarán muy atentos). Se procurará apagar el televisor, cerrar las puertas o ventanas si hay excesivo ruido exterior y, por supuesto, sentarse al lado del enfermo. Se deberá informar a la enfermera de la planta de nuestro objetivo para procurar no ser interrumpidos por eventuales visitas inoportunas. Y disponer de tiempo. El tiempo, la dedicación, es una de las mejores cosas que podemos ofrecer a nuestros enfermos. Cuando al pasar visita un enfermo dice: *“Pero doctor, siéntese, por favor”* está demostrando algo más que simple cortesía.

Si la información tiene lugar en el domicilio del enfermo, habrá que tener cuidado de cerrar la puerta de la habitación (este consejo puede parecer superfluo, pero este tipo de olvidos no son raros y acentúa el sentimiento de vulnerabilidad del enfermo).

Si la entrevista se va a desarrollar en el despacho del médico en el caso de un enfermo ambulatorio, es conveniente decir a la secretaria que no pase ninguna llamada telefónica durante el tiempo que dure la entrevista.

Algunas veces puede ser deseable la presencia de algún familiar en el momento de la información (si el paciente lo desea o acepta). Este familiar podrá escuchar al mismo tiempo y en los mismos términos lo que dice el médico y ocasionalmente, podrá confortar al paciente. Este soporte es precioso cuando, como consecuencia de la emoción y el impacto, este último rompe a llorar. Este hecho, lejos de significar una mala práctica del médico, es una reacción normal, comprensible y con frecuencia beneficiosa. En estos momentos es imprescindible hallarse en un lugar tranquilo y con pañuelos de papel a mano.

#### *El paciente tiene derecho a conocer su situación*

En primer lugar, es necesario que más allá de todas las diferencias culturales se reconozca el derecho del enfermo a la verdad. Reconocer este derecho no significa, sin embargo, que todas las verdades deban ser dichas de cualquier modo y en cualquier momento. A la verdad siempre debe accederse mediante una relación entre dos personas en la que el juicio del profesional vaya acompañado de la voluntad de abrirse al otro. Estas condiciones favorecen un significativo respeto por la persona cuyo ejercicio implica tanto una importante inversión de tiempo y psicología como el fortalecimiento y la humanización de la relación personal entre el profesional y el paciente.

Indudablemente, debemos partir de este hecho y, en general, podemos decir que todo lo que viene a continuación, no es sino estrategias para hacerlo de la mejor manera posible.

Este derecho ya estaba incluido en la Carta de Deberes y Derechos del Paciente que, dentro del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria que el Insalud puso en marcha en Octubre de 1984. Su eficacia fue prácticamente nula pero esa misma Carta, muy modificada, ha pasado a formar parte del artículo décimo de la Ley General de Sanidad. De este modo, los derechos de los pacientes han adquirido un valor legal de muy alto rango. El punto 5 de dicho Artículo dice exactamente:

*“El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.*

Como se puede observar, existe un inadmisibles resabio de paternalismo, al afirmarse que la información debe darse “a él y a sus familiares o allegados”. Para Gracia Guillén, un principio claro en la doctrina del consentimiento informado es que la información debe darse al paciente y a aquellas personas que él autorice. Por tanto, la información no puede darse a él “y” a sus familiares, sino a él “o” a sus familiares (en caso de que él sea incompetente, etc.). Este principio no debería tener más excepción que el posible daño irreparable a terceras partes.

De todas formas, integrado dentro del Código Civil, el espíritu de esta Ley debe incluir las excepciones siguientes:

- *Privilegio terapéutico.* En el caso de que el médico crea que la información puede ser claramente perjudicial para el enfermo. Pero para ello, es preciso que el médico disponga de elementos de juicio objetivos como, por ejemplo, antecedentes psiquiátricos serios en el enfermo, tentativas de autolisis previas, etc. No sirve, pues, la simple impresión subjetiva, lo que podría desencadenar una conducta paternalista por parte del médico y que es precisamente lo que pretende evitar la Ley. Y tampoco, por supuesto, la oposición de los familiares, que comentaremos en un apartado posterior.
- *Rechazo del enfermo.* Cuando el enfermo no quiere hacer uso de su derecho y renuncia a él. Esta renuncia puede ser expresa (“Doctor, yo me pongo en sus manos, haga lo que crea que es mejor, que yo no quiero saber nada”) o tácita (el enfermo que no pregunta).

En cualquiera de estos casos (los únicos en que no estaremos obligados a informar), se debe anotar en la historia clínica con vistas a una eventual protección legal.

Así han estado las cosas hasta el día 15 de noviembre de 2002 en que el Boletín Oficial del Estado ha publicado la Ley 41/2002 llamada “Derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica”.

En esta Ley se introducen algunas modificaciones importantes. Por ejemplo, desaparece el paternalismo de la legislación anterior. El Artículo 5.1 dice:

*“El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.*

Como se ve, ahora está más claro el respeto que se debe a aquellos enfermos que no desean que se informe de su padecimiento a ninguna otra persona. Por otra parte, el punto 3 del mismo Artículo expresa claramente la necesidad de informar a los familiares si el enfermo no está en condiciones para ello. Dice así:

*“Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la*

*información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.*

En esta nueva Ley también es más explícito el llamado privilegio terapéutico. Así queda reflejado en el punto 4 del mismo Artículo 5:

*“El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación por el paciente pueda perjudicar la salud de éste de manera muy grave, Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho”.*

El rechazo del enfermo a ser informado, también queda en la actual Ley más claramente expresado. Exactamente en el Artículo 4 punto 1:

*“[...] Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. [...]”.*

Esta nueva Ley de información deroga los apartados 4, 5 ,6, 8, 9, 11 y 13 del artículo 10 de la Ley 14/1986, General de Sanidad a la que hicimos referencia anteriormente y que rige hasta este momento.

*Es un acto humano, ético, médico y legal. Por este orden.*

Aunque existan imperativos legales, nunca se debe olvidar que, informar a un enfermo que tiene una dolencia mortal es, antes que nada, un acto incuestionablemente humano. Que una persona, aunque sea un profesional, deba comunicar a un semejante que su muerte está próxima, es a la fuerza un hecho tremendamente humano y el médico, debe hacer gala, más que nunca, de una auténtica humanidad. Es el momento de mayor grandeza del Acto Médico y también uno de los más difíciles.

Por lo que hace referencia al segundo aspecto, no se puede pasar por alto la importancia ética de la información, como única manera de permitir al enfermo ejercer su derecho de autonomía. El derecho a la verdad es reivindicado como un derecho fundamental de la persona y es expresión del respeto que se le debe. Negando la verdad al enfermo grave, se le impide vivir como protagonista la última fase de su vida. Sabiendo que se acercaba su fin, quizás hubiese tomado decisiones importantes (legales, económicas, humanas) y, sobre todo, habría tenido la oportunidad de hacer aquel balance de su propia vida que constituye, a veces, un momento de espiritualidad particularmente intenso.

No es posible la autonomía sin información: *“Conoceréis la verdad y la verdad os hará libres”*. La enfermedad tiende a infantilizar y esta infantilización estará acentuada muy frecuentemente por un entorno protector o por unos cuidadores paternalistas. Muchos enfermos aspiran a tener un cierto control sobre la situación (en lo posible), un cierto dominio sobre ellos mismos, un mínimo de libre albedrío. Para ello tienen necesidad de datos sobre su problema. Y hay que dárselos. Desde luego, hoy no sirve ya aquel consejo de Hipócrates:

*“Oculta al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas...; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras ánimale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de la declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro”.*

A continuación, debemos comprender que la comunicación es una ciencia que no se debe improvisar y que el médico debe tener buenos conocimientos sobre comunicación y por eso decimos que es también un acto *médico*.

Cuando un médico informa a su paciente por imperativos legales exclusivamente, se produce una secuencia como la siguiente:

*Diagnóstico ⇔ Pronóstico ⇔ Veredicto ⇔ Sentencia*

La consecuencia es que el médico se siente como un “verdugo” y el enfermo como un “reo”. Solamente se puede esperar una reacción más o menos adecuada por parte del enfermo, cuando la información se lleva a cabo en un ambiente de confianza mutua, de comunicación honesta y sincera y en la que el médico se compromete con el enfermo.

El papel del médico rebasa los simples problemas técnicos y jurídicos; el objetivo de su trabajo no es una máquina y en último término no le corresponde pronunciar sencillamente una sentencia, ni mucho menos, destruir una esperanza. O en palabras de Laín Entralgo:

*“... sin la afable e inteligente prudencia que exige la práctica decorosa de la medicina, la comunicación del pronóstico será con frecuencia ocasión de daño para el enfermo y de desprestigio para el médico mismo”.*

*No existe una fórmula.*

Por este motivo decimos que se trata de un arte.

Existen tantas formas de dar malas noticias, como médicos y como enfermos. No hay una forma “justa” o una forma “equivocada” para hacerlo. Ningún médico con sentido común usaría la misma técnica para todos los pacientes. Los enfermos son demasiado distintos para ser tratados así. Por eso decía Dunphy:

*“Ningún médico puede decir a otro cómo conducirse con un paciente en esta situación. Se trata de algo muy personal y que varía de médico a médico y de paciente a paciente”.*

Su experiencia profesional, su conocimiento de técnicas de comunicación, su bagaje cultural y su estatura humana, serán las únicas herramientas de que dispondrá el médico para poder enfrentarse a tan delicada tarea.

*Gradualmente. No es un acto único.*

Es verdaderamente desagradable ir al encuentro de una persona a la que no se ha visto nunca, para darle una noticia francamente mala. Es siempre mucho más fácil dominar la situación si tenemos una cierta relación previa con el enfermo y con su familia y sabemos algo de su ambiente y de sus posibles reacciones.



Evitaremos dar demasiadas informaciones en el primer encuentro. La información dosificada, nos permitirá percatarnos de la respuesta del enfermo a la información recibida.

El médico que trate este tipo de situaciones debe tener una mente abierta y resolver el problema de acuerdo con soluciones individuales y específicas para cada caso concreto. Siempre, pero sobre todo en los primeros momentos, debe ser extraordinariamente cauto. La prudencia es una admirable consejera: evita pasos en falso de reversibilidad difícil y permite ir ganando un tiempo precioso para poder presentar las ideas de una manera más elaborada y correcta. El médico debe tomarse todos los plazos que necesite hasta que adquiera una conciencia clara del grado de información que “ese” preciso paciente es capaz de asumir. Y, mientras tanto, no debe mentir. A nadie le extraña que un médico dude y, como consecuencia, sea parco en sus informes, pero se acepta muy mal al médico que miente. Hay muchas maneras de manejar el tema hasta llegar a la conclusión que pudiéramos llamar definitiva.

Decía Simpson que *la verdad es como un medicamento*, que tiene su propia farmacología: una dosis demasiado baja no hace efecto y se corre el riesgo, incluso, de debilitar la confianza que tiene el enfermo en su médico; la prescripción precipitada de dosis excesivas puede provocar síntomas inquietantes; y existen casos de reacciones idiosincrásicas, de taquifilaxia y de tolerancia, sin contar los individuos que ofrecen una gran resistencia a su administración. Por consiguiente, la manera en que se dicen las cosas, influye más que la elección de decir las o no en los resultados obtenidos.

La comunicación de la verdad al enfermo requiere un *espíritu de sutileza*, más que un *espíritu de geometría*. Tanto el derecho a la verdad del enfermo, como el deber correspondiente del médico a comunicarla, están sujetos a limitaciones. La exigencia ética de la franqueza no debe ser entendida como algo absoluto. El médico debe siempre modular su intervención de forma que no contradiga su principal misión hacia el enfermo: el de procurar su bien. Todo profesional sanitario debería tener en cuenta aquella “oración del médico” de Pío XII:

*“Haz, Señor, que seamos sinceros al aconsejar, diligentes en el curar, ajenos al engaño, suaves al anunciar el misterio del dolor y de la muerte”*

El diálogo con el moribundo debe ser un proceso lento y cuidadoso que lleve a la verdad del estado en que se encuentra; de un camino que el enfermo sea capaz de seguir sin quedarse atrás y así conseguir una maduración paulatina en una relativa contemporaneidad con esta verdad. Sobre todo parece importante que no se destruyan de golpe las esperanzas que el enfermo tiene todavía, más bien hay que conservarlas y contribuir a que el enfermo mismo, poco a poco y a medida de la conciencia que va adquiriendo sobre su estado, las vaya reduciendo o cambiando (más adelante se analizará el problema de la esperanza).

Esta forma de “dirigirse con frenos” hacia la verdad puede ser un gran alivio para el enfermo. El moribundo suele saber mucho más sobre su estado de lo que dice y posiblemente de lo que se dice a sí mismo. El saber reprimido sigue siendo saber. Tanto si este saber está situado en el umbral de la conciencia o por debajo de ella, siempre puede suceder que en cualquier nivel de la conciencia roa el tormento de la duda en las protestas optimistas del mundo circunstante que con sonrisas pretenden disipar sus cuidados. También se llega al punto de que el enfermo empieza a sufrir más por la contradicción creada entre el sí asegurado y el no secretamente sabido, que si se le cargara con el peso de la claridad sobre su estado.

Al conocimiento de la verdad se llega progresivamente. Como decía Bissonnier, es similar a la progresividad de un amanecer: “... *una prolongada aurora estival, que cede lentamente a la luz*”.

El paciente marca el camino y el ritmo. La información al paciente es un proceso dinámico, que si se hace bien, es terapéutico y que el criterio que debe seguirse es el de la “verdad soportable”. Se entiende por verdad soportable aquella información cierta que puede asumir y aceptar el paciente. La soportabilidad es cambiante en función del tiempo de evolución de la enfermedad y de la información recibida. Para que la información sea entendida por el paciente, es preciso explicar de un modo inteligible. Es importante, sin embargo, no confundir lo insoportable para el enfermo con lo incómodo para el médico.

El clínico necesita finura y delicadeza para saber captar los sutiles matices que el paciente espera o desea oír en las explicaciones que se le proporcionen, para poder aceptar esas explicaciones de la forma menos traumática posible. El médico debe saber en todo momento qué es lo que el paciente quiere realmente oír, cuantitativa y cualitativamente para, de esa forma, sin engañarle, irle dando la información de una forma progresivamente adecuada y para él asimilable, según las pautas que él mismo vaya indicando.

En pocas palabras, la pregunta: “*¿Se debe decir la verdad al enfermo?*” debe ser transformada en la siguiente: “*¿Cómo ayudar al enfermo a encontrar por sí mismo la propia verdad en esta situación, que es la suya?*”.

#### *No mienta*

De todas estas consideraciones sobre la prudencia a la hora de informar, incluso de las indicaciones puntuales de no hacerlo, no debe inferirse que sea aconsejable la mentira, ni mucho menos. La autenticidad es una cualidad cardinal en toda relación interhumana y es indispensable para la confianza mutua entre médico y enfermo. Es difícil para un médico cuidar a un enfermo que no tuviera confianza en él como para seguir sus prescripciones. Sería todavía más difícil para un enfermo el poner su suerte en manos de un médico sin otorgarle su confianza: él la perderá si se apercibe —lo que es difícilmente evitable— de que este último le miente. La consecuencia inevitable es la decepción.

Que el enfermo sorprenda a su médico en un renuncio, supone el golpe más cruel de todos. Además, cuando el médico ha mentado al enfermo, indefectiblemente la familia también lo ha hecho. Es fácil imaginar lo que puede sentir una persona, próxima a morir y que descubre que su médico y sus seres queridos (es decir, todos los que le importan) le han mentado. La ética enseña que no puede justificarse la acción de quien engaña a un hombre que confía razonablemente en él.

El octavo mandamiento del Decálogo (“No mentirás”) tiene también su puesto en la deontología médica. Nunca está permitida la mentira. Recuérdese que mentir es decir lo contrario de lo que se piensa. Ni el médico ni la enfermera pueden mentar al enfermo ni inducirle a engaño con sus palabras o sus gestos. Esto no significa que exista siempre obligación de decir toda la verdad. Porque una cosa es decir mentira y otra es callar la verdad. Jamás se puede mentar, pero no siempre hay obligación de decir la verdad; incluso en ocasiones, puede haber obligación de callar la verdad, eludiendo contestaciones a preguntas indirectas que hace el enfermo (preguntas hechas por motivos distintos: reafirmación, ganar esperanza, sobreponerse al miedo, etc.), pero esperando el momento oportuno de manifestarla, o mejor, tratando de ir dándola progresivamente, como hemos dicho anteriormente. En este asunto no rige la ley “*del*

*todo o el nada*” y tampoco sirve la fórmula del juramento judicial de *“la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad”*.

La verdad es antídoto del miedo. La verdad es un potente agente terapéutico. La verdad libera. La verdad (hemos visto) nos hace libres y autónomos. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido. Bien decía Goya que *“el sueño de la razón engendra monstruos”*.

No es infrecuente que los pacientes manifiesten que desde que conocen su diagnóstico valoran mucho más la vida y tratan de sacar mayor partido de ella, o que están decididos a ponerlo todo por detrás de sí mismo, o que entienden que la enfermedad ha tenido también aspectos positivos o les ha beneficiado en algún sentido.

Una vez más, recurrimos a la literatura donde tantas veces surgen ejemplos interesantes. El protagonista de uno de los relatos breves de Mario Benedetti manifiesta:

*“La seguridad del diagnóstico le había provocado, era increíble, una sensación de alivio, pero también la necesidad de estar solo, algo así como una ansiosa curiosidad por disfrutar la nueva certeza.... Mariano sonreía, y no era la suya una sonrisa amarga, resentida, sino (por primera vez en muchos días) de algún modo satisfecha, conforme”*

Además de todo esto, es realmente difícil, por no decir imposible, mantener una mentira un día tras otro. La mayoría de nosotros somos muy malos actores. Informaciones exactas y convergentes suministradas por varios interlocutores *tranquilizan*, mientras que reacciones de huida de algunos cuidadores o indicaciones contradictorias, corren el riesgo de *desestabilizar* e *inquietar* al enfermo. Es reconfortante, por el contrario, sentir que los cuidadores que se ocupan de nosotros controlan la situación y nos hacen participar en los asuntos que nos conciernen. La diversidad de los interlocutores no debe suponer para el enfermo una fuente de confusión sino un ofrecimiento de libertad.