


Artículo Original

Sentidos subjetivos atribuidos a las reacciones familiares tras la comunicación de malas noticias en servicio de urgencias

Sentidos subjetivos atribuídos às reações de familiares após comunicação de más notícias em um pronto-socorro

Subjective meanings attributed to family reactions after communication of bad news in an emergency room

Alane Ribeiro Leite¹ Ramiro Rodrigues Coni Santana² Carolina de Oliveira Cruz Latorraca³ ¹Autora para correspondencia. Universidade Federal de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. alane.ribeiroleite@gmail.com²Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil.³Hospital Sírio Libanês (São Paulo). São Paulo, Brasil.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: En el día a día del hospital, inevitablemente, el equipo de salud interactúa con pacientes y familiares que han recibido algún tipo de mala noticia. Constituyéndose en una tarea ardua pero fundamental, la comunicación de malas noticias es un importante tema de estudio en el área de la salud. **OBJETIVO:** El objetivo general de este estudio fue describir y analizar cuáles son los sentidos subjetivos atribuidos por los profesionales a las reacciones de la familia ante una comunicación de malas noticias. Los objetivos específicos fueron: identificar procesos simbólicos y prácticas reguladoras de la producción de significados; analizar cómo se presenta la emotividad de los profesionales involucrados en la comunicación de malas noticias; y analizar cómo el contexto de urgencias actúa como mediador de las producciones simbólico-emocionales de los profesionales. **MÉTODO:** Participaron de este estudio profesionales del servicio de urgencias de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo. Se presentaron tres viñetas de casos clínicos que muestran diferentes reacciones de los familiares de los pacientes después de una comunicación de malas noticias, en el servicio de urgencias. A partir de una pregunta desencadenante, se realizó una entrevista semiestructurada. **RESULTADOS:** Se evidenció que la ausencia de instrumentalización para la comunicación de malas noticias durante la graduación en medicina y enfermería repercute en varias áreas de la experiencia del profesional, desde cómo maneja sus propias emociones hasta la forma en que lidia con las múltiples reacciones emocionales de los familiares de los pacientes. **CONSIDERACIONES FINALES:** Por lo tanto, este estudio sugiere, la importancia de tener, durante la formación profesional, mayor espacio de estudio y discusión sobre los temas que emergen en un contexto de comunicación de malas noticias.

PALABRAS CLAVE: Subjetividad. Comunicación. Servicio de urgencias.

RESUMO | INTRODUÇÃO: No cotidiano do hospital, inevitavelmente, a equipe de saúde se relaciona com pacientes e familiares que receberam algum tipo de má notícia. Constituindo-se como uma tarefa árdua, porém fundamental, a comunicação de más notícias é um importante tema de estudo na área da saúde. **OBJETIVOS:** O objetivo é descrever e analisar quais são os sentidos subjetivos atribuídos pelos profissionais às reações da família a uma comunicação de más notícias. Os objetivos específicos foram: identificar processos simbólicos e práticas reguladoras da produção de sentidos; analisar como se apresenta a emocionalidade dos profissionais envolvidos nas situações de comunicação de más notícias; e analisar como o contexto de pronto socorro atua enquanto mediador de produções simbólico-emocionais dos profissionais. **MÉTODO:** Participaram deste estudo profissionais de um pronto socorro de um hospital universitário da cidade de São Paulo. Foram apresentadas três vinhetas de casos clínicos que retratam diferentes reações de familiares de pacientes após uma comunicação de más notícias, no Pronto Socorro. A partir de uma pergunta disparadora, conduziu-se uma entrevista semi-estruturada. **RESULTADOS:** Evidenciou-se que ausência da instrumentalização para a comunicação de más notícias durante a graduação em medicina e enfermagem repercute em diversos âmbitos da experiência do profissional, desde como administram suas próprias emoções até o modo como lidam com as múltiplas reações emocionais dos familiares dos pacientes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo sugere, então, a relevância de haver, durante a formação profissional, maior espaço para estudo e discussão sobre os temas que emergem em um contexto de comunicação de más notícias.

PALAVRAS-CHAVE: Subjetividade. Comunicação. Pronto-socorro.

Presentado 14/07/2022, Aceptado 16/12/2022, Publicado 10/05/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4735

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Leite, A. R., Santana, R. R. C., & Latorraca, C.

O. C. (2023). Sentidos subjetivos atribuidos a las reacciones familiares tras la comunicación de malas noticias en servicio de urgencias. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4735. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>*Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4735. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4735>

ABSTRACT | INTRODUCTION: In the daily routine of the hospital, inevitably, the health team interacts with patients and family members who have received some kind of bad news. Constituting itself as an arduous but fundamental task, the communication of bad news is an important topic of study in the health area. **OBJECTIVES:** We aim to describe and analyze what are the subjective sense attributed by professionals to the family's reactions to a communication of bad news. The specific objectives were: to identify symbolic processes and regulatory practices of the sense make; to analyze how the emotionality of the professionals involved in the communication of bad news is presented; and to analyze how the emergency department context acts as a mediator of symbolic-emotional productions of professionals. **METHOD:** Professionals from an emergency department of a university hospital in the city of São Paulo participated in this study. Three vignettes of clinical cases were presented that depict different reactions of patients' relatives after a communication of bad news, in the emergency department. From a triggering question, a semi-structured interview was conducted. **RESULTS:** It was evidenced that the absence of instrumentalization for the communication of bad news during graduation in medicine and nursing has repercussions in several areas of the professional's experience, from how they manage their own emotions to the way they deal with the multiple emotional reactions of patients' family members. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study suggests, therefore, the importance of having, during professional training, greater space for study and discussion on the themes that emerge in a context of communication of bad news.

KEYWORDS: Subjectivity. Communication. Emergency department

Introducción

En el día a día del escenario hospitalario, inevitablemente, los profesionales que componen el equipo sanitario se relacionan con pacientes y familiares que han recibido algún tipo de mala noticia. A partir de un examen que apunta a alteraciones significativas ante la noticia de la muerte de un ser querido, las "malas noticias" pueden definirse como aquellas que alteran drásticamente y negativamente la perspectiva del paciente y sus familiares respecto a su futuro (Vandekieft, 2001; Muller, 2002).

Así, se considera que la comprensión de cada situación es única, y que la forma en que una mala noticia impactará en la perspectiva de futuro está absolutamente relacionada con la historia del interlocutor en cuestión (Victorino, 2007). Factores como las concepciones relacionadas con los binomios salud/enfermedad, vida/muerte; los recursos concretos y simbólicos para la elaboración de las situaciones vividas; y la presencia o ausencia de una red de apoyo, pueden afectar a las reacciones del sujeto ante la información recibida. Así, la gravedad de la noticia sólo puede ser determinada por quienes la reciben.

La dinámica de la comunicación de malas noticias se configura de diferentes maneras, estando atravesada por el funcionamiento y los procesos internos de cada sector del hospital. La relación profesional-paciente-familia puede entonces verse afectada por la dinámica inestable del ambiente disruptivo de una unidad de urgencia y emergencia, adquiriendo contornos específicos (Dias, 2015).

En este sentido, Park et al. (2010) señalan posibles causas de la limitación de las interacciones en los entornos de urgencias: atención prestada con poca o ninguna información previa sobre el paciente; alta exigencia de trabajo para el profesional; escasa vinculación; situaciones impredecibles que generan ansiedad; malas noticias transmitidas en lugares con poca privacidad por falta de espacio físico. A pesar de las dificultades inherentes al contexto, los autores consideran de suma importancia mantener una comunicación eficaz, cuidadosa y centrada en el paciente y la familia, que ofrezca acogida y evite el empeoramiento de una experiencia de sufrimiento (Park et al., 2010).

Siendo una tarea ardua pero fundamental, la comunicación de malas noticias es un importante tema de estudio en el área de la salud. Se han desarrollado varias directrices y protocolos que se presentan como herramientas que fomentan una actitud de mayor diálogo y apertura a la perspectiva del paciente/familia. El protocolo SPIKES, además de ser una guía desarrollada para la comunicación del diagnóstico de cáncer (Baile et al., 2000), también sugiere técnicas útiles para responder a las reacciones emocionales, una preocupación recurrente entre los médicos (Baile et al., 2000; Dias, 2010; Santos, 2017).

Responder a las emociones de los pacientes es uno de los retos más difíciles de comunicar malas noticias. Las reacciones emocionales de los pacientes pueden ir desde el silencio a la incredulidad, el llanto, la negación o la ira. Cuando los pacientes reciben malas noticias, su reacción emocional suele ser una expresión de conmoción, aislamiento y dolor (Baile et al., 2000, p.306).

Asimismo, reconociendo que las diferencias culturales atraviesan los contextos sanitarios e implican la relación que construyen los profesionales, los pacientes y sus familiares, se desarrolló un protocolo de 7 pasos para comunicar malas noticias, adaptado a la realidad brasileña ([Pereira et al., 2017](#)).

Titulada protocolo PACIENTE, la mnemotecnica dirige al profesional: Preparar; Evaluar cuánto sabe el paciente; Invitar a la verdad; Informar; Emociones; No abandonar al paciente; Trazar una estrategia ([Pereira et al., 2017](#)).

La instrumentalización del profesional de la salud para comunicar noticias difíciles ha sido estudiada, dando luz a las percepciones del equipo sobre cómo se puede realizar una comunicación, incluyendo formas de lidiar con los sentimientos y sensaciones que emergen (por ejemplo, [Borges, Freitas & Gurgel, 2012](#); [Victorino et al., 2007](#)). Algunos estudios se dedican a analizar este fenómeno en el sector de la urgencia y la emergencia (por ejemplo, [Carneiro, 2017](#); [Dias, 2015](#); [Santos, 2017](#); [Souza et al., 2018](#)). Otros estudios proponen analizar la perspectiva de los pacientes que recibieron malas noticias (por ejemplo, [Oliveira-Cardoso, et al., 2018](#)).

En el presente estudio, sin embargo, se propone un enfoque diferente, pasando del acto de comunicación en sí mismo, a la percepción que el equipo de salud construye sobre las reacciones de los familiares ante las malas noticias comunicadas.

El objetivo es contribuir al estudio de las relaciones intersubjetivas del trípede paciente-familia-equipo sanitario, especialmente en situaciones de crisis; y contribuir eficazmente a una práctica asistencial acogedora en contacto con un sujeto sufriente.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue reflexionar sobre los procesos simbólicos que se construyen en un escenario de comunicación de malas noticias en un contexto de emergencia a través de la pregunta: **¿cuáles son los sentidos subjetivos atribuidos por los profesionales a las reacciones de la familia ante una comunicación de malas noticias?**

Para ello, este estudio pretendía describir y analizar los sentidos subjetivos atribuidos por los

profesionales sanitarios sobre las reacciones de los familiares del paciente tras una comunicación de malas noticias en un contexto de urgencias. Ante las situaciones de comunicación de malas noticias, los objetivos específicos eran:

- a) identificar los procesos y prácticas simbólicos que regulan la producción de significado;
- b) analizar cómo se presenta la emocionalidad de los profesionales implicados en situaciones de comunicación de malas noticias;
- c) analizar cómo el contexto de urgencias actúa como mediador de las producciones simbólico-emocionales de los profesionales.

Antecedentes teóricos

El estudio de la subjetividad y la producción de sentidos subjetivos

Desde un punto de vista histórico-cultural ([González Rey, 2003](#)), el estudio de la subjetividad ha cobrado un nuevo auge en el campo de la psicología. El concepto encontró espacio para revitalizarse, entendiéndose a sí mismo como un sistema complejo, histórica y culturalmente constituido. La cultura aquí no se entiende, entonces, como un objeto, sino que corresponde a un proceso de mediación, en el que es posible que el sujeto se distancie de su contexto, arquitecturando las conjunciones necesarias para la construcción de un campo "psicológico" o "subjetivo" responsable de su autorregulación y sentido de integridad ([Valsiner, 2007](#)).

La subjetividad ya no representa una categoría dentro del escenario de la producción de conocimiento para abarcar un universo de fenómenos estables, casi estáticos. Pero para [González Rey \(2003\)](#), el término *subjetividad* viene a reflejar una categoría en *proceso*, y es este carácter procesual el que permite que el conocimiento se produzca; no se agota, está siempre en movimiento ([González Rey, 2003](#)).

La categoría de *significado* desarrollada en los trabajos posteriores de [Vygotsky \(1987\)](#) sustenta la

propuesta de [González Rey](#) (2007) para el estudio de la subjetividad. Hay, sin embargo, una diferencia sustancial, ya que González Rey se distancia de la relación inmediata significado-palabra que había desarrollado Vygotsky. En la categoría *significado subjetivo*, propuesta por González Rey, “se enfatiza la relación de lo simbólico con lo emocional, y no sólo entre lo intelectual y lo afectivo, que había sido el enfoque de Vygotsky” ([González Rey](#), 2007, p.70). Así pues, el significado subjetivo se basa en la conexión procesal entre lo individual y lo social.

El significado subjetivo expresa formas y procesos específicos de subjetivación en las diferentes configuraciones de la realidad a través de la articulación simbólico-emocional que está atravesada por el contexto histórico-cultural vivido por el sujeto ([González Rey](#), 2005). De este modo, el significado subjetivo siempre retrata un momento de síntesis, revelando una nueva cualidad de una experiencia concreta. [Amaral](#) (2006) afirma: todo lo que se vive, se subjetiviza.

Los sentidos subjetivos se integran en torno a delimitaciones simbólicas producidas por la cultura, pero a través de procesos históricos de relación, en los que estas delimitaciones simbólicas se acompañan de una emocionalidad que sintetiza la cualidad específica de una historia singular de relación ([González Rey](#), 2005, p. 17, traducción propia).

En esta dirección, [González Rey](#) (2010) enumera tres propiedades del significado subjetivo: implican la subjetividad como sistema en desarrollo, siendo el encuentro de la subjetividad social e individual; retratan la unidad inseparable de lo simbólico con lo emocional, en la que no hay una relación causal, sino una influencia mutua y constante; se relacionan con espacios simbólicos producidos por la cultura, pero se compone de lo producido en la historia de cada persona.

Para el autor, la subjetividad social es entendida como un sistema complejo de sentidos y significados, imbricados en los procesos de institucionalización y en las acciones del sujeto en los espacios de la vida social; configuraciones que están incesantemente en relación en distintos ámbitos del tejido social ([González Rey](#), 2003). La subjetividad social constituye la subjetividad individual, que se produce

históricamente y se organiza en configuraciones subjetivas “articuladas las relaciones sociales del individuo, definidas en su carácter singular, volitivo y contradictorio” ([González Rey](#), 2003, p. 205).

En vista de esta comprensión de los sentidos subjetivos como momentos de subjetivación de la acción de la persona en situaciones vividas, les conferimos también la función de organización de la historia del sujeto. A esta organización, [González Rey](#) (2010) le da el nombre de *configuración subjetiva*. La configuración subjetiva proporciona estabilidad a determinadas producciones de sentido subjetivo, es el entramado de procesos simbólico-emocionales del sistema producidos por los sentidos subjetivos ([González Rey](#), 2010).

La categoría de *configuración* está constituida por un núcleo dinámico de organización, alimentado por varios sentidos; por tanto, no está constituida por contenidos o procesos de carácter universal ([González Rey](#), 2003). El autor afirma que esta característica marca la distinción entre la configuración y otras categorías, que se proponen como universales en el pensamiento psicológico; la flexibilidad que abraza esta categoría y su constante negociación con los sistemas subjetivos afirma su valor heurístico ([González Rey](#), 2003).

A partir de esta referencia, este trabajo se propone ir más allá del carácter meramente descriptivo de las declaraciones de los participantes, para identificar y analizar los sentidos subjetivos expuestos a partir de viñetas que representan situaciones vividas en la vida cotidiana en el ámbito hospitalario. Para ello, es necesario que el investigador en cuestión realice un trabajo constructivo-interpretativo ante lo dicho, ya que los sentidos subjetivos no se expresan de forma directa o explícita, sino que se presentan en matices de las narraciones ([González Rey](#), 2010).

Dicho esto, pretendemos entonces, inaugurar la comprensión de las posiciones asumidas por los profesionales frente a las situaciones de sufrimiento vividas por las familias de los pacientes, cuando reciben malas noticias. Los conceptos de “significado subjetivo” y “configuración subjetiva” son inseparables de los principios de la Epistemología Cualitativa, que constituyeron el enfoque metodológico de esta investigación.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio cualitativo transversal, de carácter constructivo-interpretativo, utilizando como base teórica los principios de la epistemología cualitativa, de [González Rey](#) (1997).

Participantes

Participaron en este estudio médicos y enfermeros de un servicio de urgencias de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo. Consideramos que éstas son las categorías profesionales que se enfrentan con más frecuencia a la situación de comunicación de malas noticias. Los participantes fueron elegidos por conveniencia y disponibilidad y se les atribuyen nombres ficticios para garantizar la confidencialidad de la información. Los participantes cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) trabajar en el Servicio de Urgencias de un hospital, como médico o enfermero de este sector; b) tener experiencia en la comunicación de malas noticias en el contexto de urgencias.

En el grupo de médicos, contamos con la participación de Patrícia, Geovane y Arthur (Clínica Médica) y Hugo (Medicina de Emergencia), todos en la institución hace cerca de 1 año; en cuanto a las enfermeras, contamos con Carolina e Iuri, que están en la institución hace cerca de 3 años y 1 año, respectivamente.

Instrumentos y procedimientos

Individualmente, en un lugar que aseguraba la confidencialidad, y tras la explicación y firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCI), se presentaron por escrito tres viñetas de casos clínicos que retratan diferentes reacciones experimentadas en el ámbito hospitalario de urgencias por pacientes y familiares tras la comunicación de una mala noticia. Tras leer cada situación, se formuló la pregunta desencadenante: "¿puede hablarnos de las impresiones que le ha causado esta situación?"

A partir de esta pregunta desencadenante, se realizó una entrevista semiestructurada que pretendía ampliar el diálogo, con el fin de cumplir los objetivos específicos de este trabajo.

Justificación del análisis de datos

La investigación cualitativa que aquí se propugna sustituye la respuesta por la construcción, la verificación por la elaboración y la neutralidad por la participación ([González Rey](#), 2005). El primer principio de esta propuesta (sustituir la respuesta por la construcción) consiste en defender el *carácter constructivo-interpretativo del conocimiento*, entendiendo el conocimiento como construcción permanente "y no como apropiación lineal de una realidad que se nos presenta" ([González Rey](#), 2005, p. 5). Desde esta perspectiva, el conocimiento debe posibilitar permanentemente nuevas articulaciones que favorezcan la producción de ámbitos de sentido sobre la realidad estudiada.

El segundo fundamento de esta propuesta (que sustituye la verificación por la elaboración) es el reconocimiento de lo *singular como instancia de producción de conocimiento científico*. [González Rey](#) (2005) afirma que el estudio de la realidad social no debe darse sólo a través de sus manifestaciones más generales - como ocurre con los discursos dominantes - sino que es necesario dar luz a la forma diferenciada y única en que los procesos sociales se presentan en la expresión singular de los sujetos, así como en las tramas culturales y sociales que componen. El autor destaca que el estudio de los sujetos individuales tiene un potencial latente de generalización que puede identificarse no por las coincidencias entre ellos, sino centrándose precisamente en la especificidad, en lo singular.

Al aportar esta perspectiva, [González Rey](#) (2005) también propone la ruptura de la oposición entre lo empírico y lo teórico, en tanto que el momento empírico se entiende como parte de la elaboración teórica. Así, ante una construcción teórica especialmente sensible a la singularidad, el conocimiento se produce a lo largo de todo el proceso de investigación ([González Rey](#), 2005).

Atendiendo al tercer principio de la Epistemología Cualitativa (sustituir la neutralidad por la participación), se defiende aquí la comprensión de la investigación como un proceso dialógico de comunicación, guiado por la condición *sine qua non* de la implicación activa de los sujetos en la investigación ([González Rey](#), 2005); cada uno con

su propio papel, procedimentalmente investigador e investigado co-construyen los indicadores de la investigación cualitativa. Así, es posible comprender las configuraciones subjetivas y la producción de sentidos de cada individuo, creando espacio para que los sentidos subjetivos emerjan en el proceso. Como señala Freitas (2009, p.80, traducción propia), "las interpretaciones teóricas construidas en este proceso son sentidos que permiten una relación de inteligibilidad con los sentidos subjetivos que emergen de él".

Este concepto defendido por el autor se aleja, entonces, de la noción de neutralidad científica, pues la capacidad de reflexión continua se configura como indispensable para el desempeño en el rol de investigador, ya que sus procesos subjetivos están imbricados en la investigación. Además de estar atravesado por sus propios procesos subjetivos, el investigador está sujeto a los sesgos del momento histórico, político y cultural en el que se inserta, y debe ser consciente de ello y cuestionar constantemente sus interpretaciones. En este aspecto, González Rey señala que

(...) investigar es una aventura creativa, es un placer; no se puede investigar con guiones rígidos como una camisa de fuerza. Se tiene que investigar en la procesualidad, lo que significa que, en la medida en que tú transitas el campo, las informaciones que van apareciendo no son resultados en sí, sino fragmentos sobre los que debemos ejercer nuestra reflexión para garantizar construcciones que encuentren nuevas expresiones en informaciones que proceden de otras fuentes. (González Rey & Torres, 2017, p. 126)

Entorno social de la investigación

En este estudio, cabe destacar que los investigadores trabajan como psicólogos en el mismo hospital que los profesionales entrevistados, compartiendo experiencias y debates en equipo. Así, el tema investigado es también objeto de discusiones en la vida cotidiana de ambas partes involucradas, en las que ya surge información significativa sobre el problema aquí estudiado; por lo tanto, constituye un escenario facilitador para la expresión de sentidos subjetivos.

Entendemos por escenario de investigación la base de ese espacio social que caracterizará el desarrollo de la investigación y que está orientado a promover la implicación de los participantes en la investigación.

Es precisamente en el proceso de creación de dicho escenario donde las personas tomarán la decisión de participar en la investigación, y el investigador ganará confianza y se familiariza con los participantes y el contexto en el que desarrollará la investigación (González Rey, 2005, p. 83, traducción propia).

Aspectos éticos

En conformidad con la Resolución 196/1996 del Consejo Nacional de Salud, el proyecto fue debidamente sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) y aprobado en el Oficio nº 071/22. La investigación fue aprobada en la Plataforma Brasil bajo el dictamen nº 5.320.297.

Ventajas y riesgos

El tema del presente estudio es la percepción que tienen los profesionales sanitarios sobre las reacciones de los familiares ante las malas noticias comunicadas, lo que puede implicar el recuerdo de situaciones difíciles o dolorosas vividas por estos profesionales en este contexto. De este modo, recordarlos puede provocar cierto nivel de ansiedad. Sin embargo, disponer de un espacio para hablar de estas experiencias también puede aportar cierto alivio y proporcionar nuevos sentidos sobre lo vivido.

Además, si se identificaba la necesidad de atención psicológica - percibida por el investigador o solicitada por los participantes - se facilitaba gratuitamente la derivación a servicios de psicología de referencia en la ciudad de São Paulo o a plataformas online. Además, los participantes tenían libre acceso al investigador, también psicólogo, en caso de que lo necesitaran.

Resultados y debate

A partir de la lectura y organización de los datos, fue posible extraer categorías de análisis, que corresponden a conjuntos de información que presentan algún aspecto de similitud. Así, los datos se organizan, describen y analizan en categorías que coinciden con los objetivos específicos de este trabajo. Desde la perspectiva constructiva-interpretativa de nuestra metodología, a lo largo del análisis trabajaremos con indicadores como herramienta de análisis. González Rey (2010) define que los indicadores son sentidos

generados por el investigador ante determinados fragmentos de información; la presencia de diferentes indicadores relacionados con un mismo significado nutre la definición de hipótesis y fortalece el modelo teórico.

Procesos simbólicos y prácticas reguladoras de la creación de sentido subjetivo

Según [González Rey](#) (2005), la subjetividad no es un sistema abstracto e impersonal. Es, en otras palabras, un sistema formado por sujetos reales y concretos, que influyen continuamente en su trayectoria y se configuran subjetivamente a través de su propia acción en los diversos espacios en los que se desarrolla la vida social. La producción de sentidos subjetivos es el encuentro de la subjetividad social e individual. De este modo, observamos una muestra de este encuentro en el discurso de los participantes cuando se sienten incómodos ante reacciones que consideran inesperadas tras la comunicación de malas noticias. **La clasificación de lo esperado o inesperado está atravesada por construcciones del espacio social que preceden al sujeto.** La viñeta que muestra la reacción de una madre que permanece callada e inmóvil tras la noticia del suicidio de su hija suscitó esta extrañeza en los participantes: *“es desconcertante, así, porque no es lo que se espera, todo el mundo piensa que la persona va a reaccionar de forma más emocional (...)”* (Patrícia, médico); *“me parecería un poco extraño, porque es una noticia muy impactante para no tener ninguna reacción”* (Arthur, médico).

Para Hugo (médico), la reacción de esta madre en la viñeta le produjo impresiones ambivalentes. Al principio, considera que ella era *“fría ante la catástrofe que había ocurrido”*, pero más tarde reconsidera su postura:

“(...) no nos podemos engañar pensando que no estaba mal, simplemente no demostraba que estaba mal, (...) no porque no llorara, vomitara o hiciera aspavientos no es que no estuviera mal, creo que cada uno lo demuestra de una manera diferente. Cuando murió mi abuelo (...) recibí la noticia y me reí. Pero no estaba contento, estaba muy triste (...) Bueno, y esto también contradice lo que dije” (énfasis de los autores).

Los sentidos subjetivos representan un sistema cohabitado por fenómenos de diversas cualidades e incluso de órdenes contradictorios, que adquieren

una expresión simbólico-emocional predominante en contextos específicos ([González Rey](#), 2010). Así, es posible percibir que Hugo, al acceder a su propia reacción *inusual ante* una pérdida, atribuye una nueva impresión simbólica a la reacción descrita en la viñeta.

Al igual que Hugo, todos los demás participantes, en algún momento de la entrevista, consideran que las reacciones retratadas no tienen el peso moral de un juicio, ya que son reacciones ante una pérdida concreta o inminente. Patrícia dice: *“Cada persona reacciona de una manera. Hay extremos de reacción (...) pero todo sea por llorar, vale, hombre, no hay manera de decir que está mal”*. Luri (enfermero) también señala que: *“No podemos esperar que la gente reaccione siempre de la misma manera (...) poner a la persona en un estrés total [la pérdida], la persona se pone nerviosa, la persona se pone ansiosa, la persona se pone en un estado mental fuera de sí”*.

[González Rey](#) (2007) señala que el significado subjetivo no es la traducción lineal de cualquier acontecimiento social, sino que resulta de una red de impresiones dejadas por los acontecimientos sociales y sus efectos secundarios. En esta dirección, Hugo habla de la necesidad de ser paciente y comprensivo en situaciones de comunicación de malas noticias, destacando la influencia de su proceso personal de psicoterapia: *“Creo que sería injusto por mi parte no tener paciencia con alguien que está en la mierda. Si muchas veces yo estaba mucho menos en la mierda y la persona era paciente, ¿sabes? ¿Por qué no puedo ser paciente ahora?”*

Patrícia y Geovane, que también presentan posiciones bastante comprensivas y flexibles ante las expresiones de sufrimiento del otro, tienen en común la percepción de la influencia del trabajo de las madres. La madre de Patrícia es psicóloga; la de Geovane, trabajadora social:

“Y recuerdo que cuando decidí hacer medicina (...) ella solía hablar mucho sobre cómo iba a hablar a la gente, cómo iba a tratarla, porque la forma en que hablamos tiene un gran impacto en la forma en que se van a sentir. (...) Verla hacer eso siempre fue un gran modelo para mí”. (Geovane, médico, énfasis de los autores).

En esta frase, es posible observar la marcación del valor transmitido por la madre a Geovane, **indicando su lugar en la constitución del significado**

subjetivo relacionado con su posicionamiento frente a situaciones como las ilustradas por las viñetas. La afirmación de Patrícia de que *la crianza* es determinante para la adopción de una postura más empática en la relación con el sufrimiento de los familiares está en consonancia con esto: *“Mi facultad es débil en cuidados paliativos, en psiquiatría, psicología, por lo que fue muy extra, de la experiencia y la crianza (...) no hay manera de enseñar esto en una presentación de Power Point (risas), muy difícil.* (énfasis de los autores). La ausencia de instrumentalización para hacer frente a la demanda emocional tras la transmisión de la mala noticia también aparece en las palabras de Carolina: *“Y yo sinceramente... creo que estamos muy mal preparados para abordar así a la familia”.*

El escaso entrenamiento para la comunicación de malas noticias durante la graduación médica también fue identificado en el estudio realizado por [Borges, Freitas y Gurgel \(2012\)](#), quienes indican que la falta de entrenamiento para el desarrollo de habilidades y destrezas de comunicación puede impactar en la calidad de la relación del profesional con la familia. Del mismo modo, la investigación de [Carneiro \(2017\)](#) sugiere que para desarrollar habilidades en esta área, la formación continua aparece como una herramienta esencial.

Geovane denota la importancia de la práctica y de la experiencia como fundamentales para el desarrollo de la capacidad de comunicar noticias difíciles: *“En medicina, todo es entrenamiento y práctica, práctica, práctica... (...) pero todo lo que es nuevo para nosotros, la primera vez siempre será un poco más difícil, estamos más nerviosos (...) porque el contexto cambia totalmente, verdad”.* [Souza et al. \(2018\)](#) señalan que la experiencia profesional puede, de hecho, aumentar las habilidades de comunicación; sin embargo, la comunicación de malas noticias se siente continuamente como una tarea ardua, con una carga emocional inevitable y atravesada por múltiples variables emocionales y contextuales.

Los enfermeros Iuri y Carolina relataron el proceso personal de elaboración de las pérdidas, **indicando cómo los elementos de la historia de vida integran la subjetividad de forma**

única, componiendo con diferentes sentidos la comprensión de las situaciones. Al pensar en la reacción de negación de la muerte, Carolina afirma que a partir de su experiencia de pérdida se desveló una nueva comprensión:

“Nunca había pensado de esta manera, pero esta información viene de una persona que nunca has visto en tu vida y tienes que escuchar esto, que no te conoce, no conoce a tu hija, ha tenido la vida de tu hija en sus manos y... se acabó. (...) ¿Cómo puedo creer en una persona que nunca he visto en mi vida, que mi padre, que estuvo allí conmigo durante cuatro horas, falleció?”

En particular, las experiencias personales de pérdida son elementos que conforman el significado subjetivo ante la reacción de los demás a la muerte de un ser querido. En esta línea, al leer la viñeta que mostraba la comunicación a la familia de la gravedad y posibilidad de muerte de un paciente anciano, la narrativa de Iuri se ve atravesada por su propia experiencia en una situación similar:

“Esta situación es muy delicada (...) Yo viví una situación muy parecida con mi padre, así que ésta... se me quedó grabada. Por supuesto, el hecho de que comprendamos la gravedad (...) no quita para que queramos que la persona se cure, que vuelva a casa, a vivir con la familia... por muy malo que sea el pronóstico, por muy relacionado que esté con la salud” (énfasis de los autores)

Identificamos en este discurso el entrelazamiento de la dimensión profesional con la experiencia personal, evidenciando la influencia mutua de estas instancias en la construcción de sentidos subjetivos. Notamos un indicio de que, para Iuri, los lazos afectivos que sostienen las expectativas ante las malas noticias son señales más fuertes que las relacionadas con el conocimiento técnico sobre los pronósticos en situaciones como la que vivió con la enfermedad y muerte de su padre. Así, [González Rey \(2010\)](#) destaca que el significado subjetivo no es una construcción apriorística y, por tanto, la subjetividad se anticipa y se constituye, simultáneamente, en el transcurso de la trama que se experimenta.

Después de leer la viñeta que trae la escena de la comunicación de la muerte abrupta de un niño

de 6 años a su padre, fue posible notar que los participantes, al mismo tiempo que se manifiestan más impactados por la escena en cuestión, también se muestran más indulgentes al acoger la reacción del familiar. Evidenciamos el impacto generado por la situación: *“Nuestra señora... pesada (...) me desconcertaba, necesitaba unos segundos para pensar, **respirar hondo y pensar adónde iba después de ese discurso**”* (Patrícia, énfasis de los autores). Una repercusión emocional similar de la reacción referida se observa en la declaración de Geovane: *“Tardé incluso un poco más, creo que en esta situación estaría un poco sin respuesta inicialmente, de él queriendo tener a su hijo en mi regazo, **yo (suspiro)... todavía estoy pensando en una respuesta (risas)**”* (énfasis de los autores).

Las repercusiones subjetivas de una reacción emocional intensa, observadas anteriormente, nos llevan al estudio de Santos (2017), que identificó dificultades encontradas por médicos y enfermeros en la comunicación de malas noticias en el contexto de urgencias. En este trabajo, el ítem “incertidumbre sobre las reacciones de la persona enferma/familia” se destaca como una de las principales dificultades para los profesionales en este contexto. Datos correlacionados también fueron señalados por Dias (2016), que comparó la percepción de médicos y familiares y/o pacientes sobre la comunicación de malas noticias en urgencias, señalando que en el ítem *Emoción* del protocolo SPIKES - en el que se sugiere la identificación y validación de las emociones del receptor de la noticia - los médicos tenían la percepción de que las emociones de los receptores eran reconocidas y validadas por ellos en menos de la mitad de los encuentros. El autor argumenta que el énfasis en los aspectos técnicos de la atención, inherentes a la formación médica, sobrepasa otros aspectos, como el emocional (Dias, 2016).

Las características del paciente aparecen como otro indicador de producciones simbólicas distintas en relación con las reacciones presentadas por los familiares. Al abordar la reacción resultante de una mala noticia sobre un hijo, los participantes destacan el carácter inesperado de una pérdida de este tipo, como en este fragmento del discurso de Geovane: *“para mí fue mucho más difícil porque **hay una carga emocional enorme cuando hablas con el padre de un hijo, sobre todo en este caso de un primogénito, un hijo único...**”* (énfasis de los autores). Carolina, a su vez, refiere: *“No elegí esta área de la pediatría por eso (...) Me encantan los*

*niños, pero **es muy difícil lidiar con niños que sufren y con los padres, porque es lo más frágil que tiene una persona... muy difícil**”* (énfasis de los autores).

Otros participantes también mostraron posiciones similares a las de Carolina y Geovane; reconocemos que este posicionamiento está imbricado en el elemento cultural que entiende la muerte de un hijo como una inversión del curso natural de la vida (Freitas, 2014), lo que proporciona desarrollos únicos en la trayectoria de cada individuo, como ejemplifica la elección profesional realizada por Carolina. Los datos que señalan que los profesionales están más explícitamente sensibilizados y sienten mayor dificultad para comunicar la muerte de un niño también se describieron en otros estudios que abordan este tema (Aredes et al., 2018; Souza et. al, 2018).

En este sentido, todos los participantes hicieron puntuaciones que demarcaban la percepción de una diferencia en la comunicación de una muerte abrupta en comparación con una muerte como consecuencia de una enfermedad crónica.

La delimitación de las funciones atribuidas a la categoría profesional es también un indicador de la producción simbólica de los participantes ante las reacciones de los familiares a las malas noticias. Este fragmento del discurso de Arthur apunta a su postura más reservada, ante lo que considera una experiencia íntima para el receptor de la mala noticia: *“(...) **Siento que estoy invadiendo la intimidad de los demás si hago más de lo que debo. Tengo un trabajo y un papel que desempeñar, si hago otra cosa tengo miedo de invadir la intimidad de la persona**”* (énfasis de los autores).

Así, observamos que la atribución de carácter íntimo a lo vivido por los familiares en estas situaciones puede ser un regulador de la postura asumida por el profesional, como relata Geovane: *“Creo que esta es una situación en la que el silencio es muy empático con la familia, porque no hay forma de que podamos decir que entendemos. Sería incluso presuntuoso por nuestra parte hablar así de “entiendo lo que estás pasando”, ¿sabes?”*

Aún en el núcleo de las delimitaciones del rol profesional, observamos que en situaciones donde se evidencia mayor fragilidad emocional del familiar, los participantes demandan la entrada de la psicología en la escena, como bien ilustra el discurso de Luri sobre la escena en que la madre recibe la noticia de la muerte de la hija por suicidio:

“Y, a pesar de ser enfermera y poder hacer escucha activa, mejor que yo para eso está el equipo de psicología, para asesorar, para hacer toda la escucha activa, para acoger a esa mujer (...)”
(luri, énfasis de los autores).

Está llamada a la psicología aparece en la narrativa de otros participantes, entre ellos Arthur que, aunque es más reservado y limita su contacto con las emociones que surgen en las situaciones de comunicación, afirma que recurriría a la psicología en uno de los casos, cuando identificó un sufrimiento extremo en el familiar.

*“Sí, aquí en la situación 3... (largo silencio)... Creo que este padre necesita más tiempo para procesar lo sucedido. Está muy negado aquí, diciendo que quiere llevarse a su hijo, que su corazón volverá a latir (...) **Creo que necesita hablar con alguien... de psicología** (risas)”* (énfasis de los autores).

Batista y Rocha (2013) señalan: en el hospital, el profesional ‘psi’ es entendido como el “especialista de la subjetividad”. La subjetividad aparece, entonces, como el “algo” que escapa al saber médico, hegemónico en el ámbito hospitalario. Cuando la dimensión subjetiva irrumpe, revelando un límite de ese conocimiento, esos son los momentos en que la psicología es llamada a operar, teniendo en esa actuación su función más demandada y valorada en el contexto hospitalario (Batista & Rocha, 2013).

Entendemos, al igual que Batista y Rocha (2013), que en este momento en que la subjetividad no se detiene, los profesionales también se enfrentan a sus propias urgencias subjetivas, experimentando cruces simbólicos y repercusiones emocionales.

La emocionalidad de los profesionales implicados en situaciones de comunicación de malas noticias

Según Borges, Freitas y Gurgel (2012), durante la formación en el área de la salud, la reflexión sobre los procesos de morir y morir y sobre las pérdidas que ocurrirán durante la práctica profesional encuentra un espacio incipiente. Así, poco se abordan las repercusiones de estos fenómenos en la esfera afectiva de estos profesionales.

El modelo biomédico hegemónico, al ensalzar la neutralidad y la racionalidad, oculta la posibilidad de que

médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios accedan a sus propias emociones. Como resultado de esta interdicción, los profesionales utilizan estrategias para eliminarlos, suprimirlos o minimizarlos (Aredes & Modesto, 2016; Souza et. al, 2018).

En este sentido, Arthur indica su posición rígida en su contexto laboral, atribuyéndose el límite de limitarse a comunicar la mala noticia: ***“Tengo un trabajo y un papel que desempeñar allí, si hago otra cosa tengo miedo de invadir la intimidad de la persona...”***. Arthur comentaba, en este extracto, una de las viñetas que retrata una reacción emocional que él consideraba inesperada e inusual tras una noticia de muerte. Incluso ante lo insólito, reitera que mantiene una postura más reservada: ***“Voy a ponerme a disposición, a decir que si tienen alguna duda pueden hablar. Pero no voy a... pasarme”*** (énfasis de los autores) .

Geovane, por su parte, médico en el mismo ámbito de trabajo, demuestra una postura más flexible y disponible para el contacto con las emociones que surgen en la relación con los familiares en el contexto de una mala noticia: ***“Una cosa que intento mucho es tener... no una respuesta fija y preparada, sino saber cómo afrontar la situación (...) porque cuando nos contenemos o mostramos demasiada inseguridad (...) puede dificultar en este contexto de duelo”*** (énfasis de los autores).

Observamos, entonces, estados afectivos que denotan empatía por parte del profesional en relación a los sentimientos de los familiares, desde el cuidado en crear un escenario ideal para la comunicación, hasta la actitud acogedora hacia las emociones de los familiares. Este aspecto puede ser un fuerte indicador de que, para el propio profesional, la situación puede llegar a tener una carga emocional, como se ilustra en el extracto:

*“(...) caramba, lloraba y gritaba, así que **cada vez que gritaba me dolía el corazón**. Fue una época en la que permanecí en silencio porque estaba enferma y no sabía qué hacer (...) ¿sabes cuando estás en un ambiente que te hace querer simplemente desaparecer?”* (Geovane, énfasis de los autores).

Los indicadores apuntan a un posicionamiento más flexible que, incluso a través del modelo biomédico, encuentra espacio para la expresión afectiva.

Subraya que, aunque da prioridad a la expresión emocional del otro, también se reserva un momento para sentir y asimilar lo vivido:

*“El peso que ponemos, como profesionales de la salud, **es que anteponeamos los sentimientos de los pacientes a los nuestros (...)** independientemente de lo que yo esté sintiendo, estoy actuando de una manera que le permita al paciente estar cómodo en su tristeza o demostrar sus sentimientos, **para que después yo tenga mi momento de manejar la situación**” (Geovane, énfasis de los autores).*

Otro aspecto que parece influir en la forma en que los profesionales gestionan sus emociones en situaciones de comunicación es su experiencia personal de pérdida. Para algunos, la experiencia personal del duelo modula la empatía y les acerca al familiar que sufre; para otros, como para Carolina, que estaba en pleno proceso de elaboración del duelo, enfrentarse al sufrimiento del otro es volver al propio sufrimiento: “(...) *no estoy preparada para acoger a la familia, me gustaría apoyarla, pero no soy capaz. **El primero que falleció tuvo una actitud de ignorar, simplemente hice los papeles y me fui, porque sabía que a lo mejor caía allí y me iba***” (énfasis de los autores). En esta circunstancia, Carolina relata que su sufrimiento en estas situaciones no es escuchado por su jefa: “Le dije que no soy capaz y no le importó (...) Incluso escuché de mi jefa ‘ah, pero hace tiempo’, entonces, es un poco complicado así.

Observamos que la expectativa de la postura más racionalista frente a las emociones suscitadas en el contexto de la comunicación de malas noticias atraviesa la subjetividad de los profesionales, modulando su experiencia, tanto con sus propias emociones como con las que enfrentan en la comunicación. Fischer y Jansz (1995) discuten la función de las “narrativas de las emociones” (en traducción libre), observadas principalmente en las sociedades occidentales. Los comportamientos emocionales, como llorar, gritar o guardar silencio, afectan mucho más al interlocutor que una conversación tranquila y racional. Así, socialmente, estas emociones suelen venir acompañadas de explicaciones - la narrativa de las emociones - que pretenden justificar la validez de la reacción y hacerla inteligible para el otro, restableciendo la interacción interrumpida.

El contexto de urgencias como mediador de las producciones subjetivas

La comunicación de malas noticias en Urgencias está atravesada por lo que constituyen las características de este escenario. Como señala Santos (2007), en los servicios de urgencia y emergencia hay que tener en cuenta factores como la sobrecarga de trabajo, la complejidad y la imprevisibilidad, los pacientes en estado crítico, la insuficiencia de recursos humanos y la falta de tiempo. Estos factores afectan al establecimiento de relaciones entre los profesionales sanitarios y sus pacientes, familiares y acompañantes.

La calidad de la relación establecida puede ser un obstáculo o un facilitador a la hora de comunicar malas noticias. En urgencias, sin embargo, ni siquiera su estructura física contribuye al correcto establecimiento del vínculo, ya que, muchas veces, ni siquiera hay un lugar reservado para tal conversación (Dias, 2015).

Fue posible observar la recurrencia, en las entrevistas, de la comprensión del buen vínculo con los familiares del paciente como factor fundamental para el logro del abrazo realizado en situaciones de comunicaciones difíciles, principalmente cuando hay reacciones consideradas inesperadas.

*“(...) es decir a los compañeros “mirad, estuvimos allí por él (...) **pero también estamos aquí por vosotros, si necesitáis algo (...)**”. Siempre los estamos reuniendo con nosotros en este sentido. Una preocupación que tengo, cuando no hay tiempo para formar un vínculo, es que no puede ser algo ensayado o forzado, ¿sabes? **Siempre intento hacerlo de forma que transmita algo que me preocupa.** (Geovane, énfasis de los autores).*

Carolina cuenta su experiencia personal de pérdida y la acogida que recibió del equipo tras el anuncio del fallecimiento:

*“(...) Estaba totalmente **agachada** en el suelo y abrazada a las pertenencias de mi padre... y todo el equipo se acercó ‘¿quieres que vaya contigo?’ A veces tengo la sensación de que aquí en el hospital no hacemos tanto, **nos limitamos a entregar nuestras pertenencias y “vaya a la unidad de hospitalización y resuelva sus problemas”, así que, en cierto modo, se deja de lado**” (énfasis de los autores).*

Los participantes indican, en sus intervenciones, cómo la dinámica del contexto de urgencia/emergencia influye en sus posiciones. Geovane relata la experiencia de su primera comunicación de la muerte, cuando se sintió emocionalmente afectado. Refiriéndose a la modulación producida por la carga de trabajo, señala:

*“(...) damos la noticia, volvemos y **parece que tenemos que dar la vuelta a la llave, tenemos a los otros pacientes, otras familias con las que hablar...** y por la noche, cuando llega la hora de irse a casa, hay tiempo para pensar, para ocuparse de esto, **no se puede tardar tanto porque tenemos que estar aquí al día siguiente a las 7 de la mañana**” (Geovane, énfasis de los autores).*

En el contexto de urgencias, es frecuente atender situaciones que culminan en muertes abruptas (traumatismos, quemaduras, suicidios, eventos cardiovasculares agudos, etc.). A diferencia de otros sectores de ingreso hospitalario, aquí hay un contacto constante con lo imprevisible. Aquí, esta circunstancia aparece como un indicador de producción subjetiva para todos los profesionales entrevistados, que señalan la muerte súbita como un elemento que genera y, al mismo tiempo, justifica, la expresión de gran sufrimiento del familiar que recibe este tipo de malas noticias.

Después de leer una de las viñetas que ilustra una muerte abrupta, Hugo dice: *“Miré y dije ‘caramba’, como médico, ¿cómo podría decir eso, cierto, cómo, dar esta noticia, cierto, es una noticia... es **bastante inesperada, cierto, diferente de cuando tú, no sé, tienes un paciente de cáncer que la familia ya está esperando, ¿sabes?**” (énfasis de los autores). El contraste entre la muerte abrupta y la resultante de una enfermedad crónica también está marcado por Patrícia:*

*“El dolor, cierto, no puedo ni imaginarlo, debe ser muy intenso. Y no fue **una enfermedad para la que la familia se estuviera preparando, fue muy...** Vimos un accidente que fue muy brusco (...) No sé cómo comparar si se sufre más, pero creo que creo que hubo un shock inicial muy grande” (énfasis de los autores).*

Observamos, pues, que los participantes asociaban la enfermedad crónica con la posibilidad de tener cierta “preparación” para la pérdida, lo que indica que se trata de un factor atenuante de las reacciones emocionales más extremas o inesperadas en el momento de comunicar el fallecimiento. Esta percepción es confirmada por la literatura (Fonseca, 2012).

En un proceso de enfermedad, en el que existe la posibilidad de acompañar el avance progresivo de una enfermedad, se experimenta el duelo por una pérdida futura concreta.

Este fenómeno es conceptualizado como *duelo anticipatorio*, considerado por Fonseca (2012) como una reacción adaptativa, que promueve la reorganización y movilización de recursos para hacer frente a la muerte inminente; por lo tanto, favorece una preparación emocional y cognitiva para el momento de la muerte real. Para que este proceso sea vivido, es necesario que la muerte real del ser querido aún no haya ocurrido; sin embargo, a lo largo del proceso de enfermedad, la forma en que el enfermo se relacionaba con el mundo cambia y su pérdida es sentida en diversas actividades que antes realizaba (Fonseca, 2012).

Así, es posible notar que los profesionales entrevistados, al identificar situaciones en las que no hubo posibilidad de acceder a la función adaptativa del proceso de duelo anticipatorio, también se posicionan subjetivamente de otra forma para el momento de la comunicación y anticipan, de alguna forma, una reacción emocional más intensa de los familiares. Este entendimiento puede ilustrarse con los siguientes extractos:

*“Porque en la comunicación es el primer contacto con la muerte de la persona, que no se esperaba... así que será lo más... creo que lo más difícil, **porque estás allí cara a cara con la persona y no sabe qué noticias le vas a dar, a lo mejor todavía tenía esperanzas... allí vas a cortar sus esperanzas y de hecho le vas a decir que la vida ha cambiado de verdad, que ha perdido a su familiar**” (Patrícia, énfasis de los autores)*

*“**El primer punto es que no me siento cómodo dando esta noticia, no es... las otras no son fáciles de dar, pero, como acabamos, por la propia situación, estaremos un poco más cómodos (...). Se trata de una situación en la que todo es muy agudo (...)**” (Geovane, énfasis de los autores).*

En los discursos anteriores, también es posible observar el sufrimiento de los profesionales por ser los portadores de una mala noticia, la que cambiará la vida de su interlocutor. Este aspecto también es señalado por trabajos que proponen estudiar la relación de los médicos con la muerte y la comunicación de malas noticias en contextos de emergencia (Aredes et al., 2018; Aredes &

Modesto, 2016; Dias, 2015; Souza et al., 2018). Aredes et al. (2018) afirman que, independientemente del tiempo de experiencia o la especialidad, para los médicos, la muerte más difícil es aquella con la que tienen que lidiar.

Los médicos no saben cómo comunicar algo que no se les presentó como una posibilidad de atención médica, debido a la frágil discusión sobre la muerte en la formación médica. Sufren desde la perspectiva de la mortalidad, la falibilidad y los límites que cada muerte vivida en urgencias les obliga a admitir y comunicar (Souza et al., 2018, p. 11, traducción propia).

Los autores también señalan que, en contextos de urgencia y emergencia, lo imperativo es actuar con rapidez para salvar vidas. Cuando se produce la muerte, se siente como un fracaso profesional, una derrota en la batalla librada por la medicina contra la muerte (Souza et al., 2018). El profesional que opera en este contexto se ve acosado por la implacable realidad de la muerte.

En relación con las muertes inesperadas, observamos que el hecho de permitir que el familiar vea el cuerpo es otro indicador de lo que implica esta experiencia, sobre todo en el contexto de un servicio de urgencias, donde a menudo el paciente había sido atendido muy poco antes del incidente que culminó con la muerte.

*“Creo que ayudaría en el duelo, ¿sabes? Para dejarlo claro, para reforzarlo... Creo que, en el fondo, entendí que su hijo murió, pero no quiere creerlo (...) **Creo que ver a su hijo muerto en el hospital, aunque sea terrible y chocante, creo que ayudaría a formular mejor el duelo**” (Hugo, énfasis de los autores).*

*“Creo que el sentido de la visión es que lo estás viendo, puedes entender que realmente sucedió, **puedes creerlo, es diferente a que simplemente te lo cuenten y te creas esta idea**” (énfasis de los autores).*

Los pasajes anteriores revelan la idea de que el acto de ver el cadáver puede ayudar en el proceso de elaboración de la pérdida. Salvo en la entrevista de Arthur, se observa la misma construcción simbólica en los relatos de los demás participantes.

En la entrevista de Carolina, llama la atención el papel del acto de ver el cadáver como forma de afrontar la realidad de la pérdida. En este sentido, relató la experiencia de un familiar que pidió acompañar el

procedimiento de preparación del cadáver, función realizada por los profesionales de enfermería una vez confirmada la muerte.

*“Y luego lo discutimos (...) **es su deseo, un último cuidado para el cuerpo de su padre y teníamos que respetarlo.** (...) Me preocupaba mucho que se traumatizara, porque no es de la zona, (...) Podemos decir que estamos acostumbrados, **pero al mismo tiempo, es acostumbrarse a algo violento, así que es difícil**” (Carolina, énfasis de los autores).*

Así pues, podemos asociar este indicador a un elemento de la subjetividad social de gran relevancia cultural: los rituales funerarios. Estos rituales favorecen la asimilación y simbolización de la pérdida. En la cultura occidental, el cadáver es el símbolo central de los rituales funerarios, proporcionando a los seres queridos la posibilidad de tocar, lavar, vestir y contemplar ese cuerpo por última vez (Souza & Souza, 2019).

Conclusiones

Los datos analizados concuerdan con la literatura encontrada sobre el tema investigado, destacando la ausencia de instrumentalización para la comunicación de malas noticias durante la graduación en medicina y enfermería, lo que repercute en varias áreas de la experiencia profesional, desde cómo gestionan sus propias emociones hasta cómo lidian con las múltiples reacciones emocionales de los familiares de los pacientes. Se observó que las reacciones más extremas suelen causar el mayor malestar a los profesionales, especialmente cuando ocurren muertes abruptas, cuando sienten la necesidad de llamar a otros colegas para que los ayuden, principalmente al equipo de Psicología.

Corroborando con la idea de que la producción de sentidos subjetivos es el encuentro de la subjetividad social e individual, evidenciamos que elementos de la subjetividad social constituyen inexorablemente los sentidos subjetivos que se construyen frente a las reacciones de los familiares tras una comunicación de malas noticias. Simultáneamente, aparecen otros factores en la miscelánea que componen los sentidos subjetivos: experiencias personales de pérdida de profesionales, el vínculo con la familia en

cuestión, las circunstancias de la mala noticia que se comunica. Estos hallazgos también ratifican que los sentidos subjetivos se construyen en el flujo de la experiencia vivida.

Las viñetas clínicas, instrumento utilizado para la construcción de datos, demostraron ser una poderosa herramienta de acceso a los sentidos subjetivos de la experiencia, promoviendo el contacto con situaciones creíbles que suscitan tanto la narración de historias personales relacionadas con las situaciones como la visualización de la actuación específica en el escenario descrito.

Debido al corte metodológico adoptado en esta investigación, accedimos a la construcción de sentidos de los diferentes profesionales sólo en momentos individuales de la recogida de información. Así, no fue posible identificar cómo los discursos de un profesional podrían constituir un elemento en la construcción del significado subjetivo de otro profesional, al que se podría acceder a través de un método grupal de recogida como los grupos reflexivos o los grupos focales. El uso combinado de técnicas e instrumentos basados en informes verbales podría permitir un acceso más profundo a la dimensión de la emocionalidad, explorando esferas de la experiencia emocional que podrían no haber sido captadas mediante las entrevistas y el uso de viñetas.

Este estudio sugiere, pues, la pertinencia de disponer, durante la formación profesional en salud, de más espacio para el estudio y la discusión sobre las cuestiones que surgen en un contexto de comunicación de malas noticias. Proporcionar no sólo el desarrollo de habilidades de comunicación, sino también la familiaridad con las diversas demandas emocionales que inevitablemente surgen en estos momentos, lo que permite actitudes más acogedoras y un pensamiento en el camino de la integralidad de la asistencia sanitaria.

Contribuciones de los autores

Leite, A. R. participó en la concepción de la pregunta de investigación, el diseño metodológico, la recogida de datos sobre el terreno y el análisis de los datos de la investigación, la interpretación de los resultados y la redacción del artículo científico. Santana, R. R. C. dirigió el trabajo, desde el diseño metodológico y participó en el análisis de los datos de la investigación, la interpretación de los resultados y la redacción del artículo científico. Latorraca, C. O. C. supervisó el estudio, desde el diseño metodológico y revisó la redacción del artículo científico. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final y están de acuerdo con su publicación.

Conflictos de intereses

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) en relación con ningún aspecto del trabajo presentado (incluidas, entre otras, las subvenciones y la financiación, la participación en consejos asesores, el diseño del estudio, la preparación del manuscrito, el análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Amaral, A. L. S. N. (2006). *O sentido subjetivo da aprendizagem para alunos universitários criativos* [El sentido subjetivo del aprendizaje para universitarios creativos]. [Tesis de maestría, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2108>

- Aredes, J. S., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2018). O médico diante da morte no pronto socorro [El médico que enfrenta la muerte en la sala de emergencias]. *Revista de Saúde Pública*, 52, 42. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000296>
- Aredes, J. S. & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar ["Entre vidas y muertes, entre máscaras y fugas": un estudio sobre la práctica médica en el hospital]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 435-453. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Guber, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer [SPIKES - un protocolo de seis pasos para dar malas noticias: aplicación al paciente con cáncer]. *Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva [La presencia del analista en el Hospital General y la gestión de la transferencia en situación de urgencia subjetiva]. *Revista da SBPH*, 16(2), 25-41. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003
- Borges, M. D. S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde [Comunicar malas noticias desde el punto de vista de los profesionales de la salud]. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2012, 6(3), 113-126. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>
- Carneiro, A.C.M.S. (2017). *Comunicação de más notícias no serviço de urgência* [Comunicación de malas noticias en el servicio de urgencias] [Tesis de maestría, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1917>
- Dias, G. T. (2015). *Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares* [Comunicar malas noticias en urgencias: un análisis comparativo entre las percepciones de médicos residentes, pacientes y familiares]. [Tesis de Doctorado, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.5.2016.tde-24022016-115126>
- Fischer, A. H., & Jansz, J. (1995). Reconciling emotions with Western personhood [Reconciliando las emociones con la personalidad occidental]. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25(1), 59-81. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1995.tb00266.x>
- Fonseca, J. P. (2012). Luto Antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada [Duelo anticipatorio: experiencias personales, familiares y sociales ante una muerte anunciada]. Polo Books.
- Freitas, J. L. (2009). *Experiência de Adoecimento e Morte: Diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia* [Experiencia de enfermedad y muerte: diálogos entre investigación y Terapia Gestalt]. Juruá Editora.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural* [Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico cultural] [R. S. L. Guzzo, Trad.]. Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação* [Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información]. [M. A. F. Silva, Trad.]. Cengage Learning.
- González Rey, F. L. (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria Histórico-Cultural [Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo: su evolución y diferenciación en la Teoría Histórico-Cultural]. *Psicologia da Educação*, 24, 155-179. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n24/v24a11.pdf>
- González Rey, F. L. (2010). As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa [Las configuraciones subjetivas del cáncer: un estudio de casos en una perspectiva constructivo-interpretativa]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 328-345. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200009>
- González Rey, F. L., & Torres, J. F. P. (2017). La epistemología cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Conversación con Fernando González Rey. *Revista de Estudios Sociales*, 1(60), 120-127. <https://doi.org/10.7440/res60.2017.10>
- Muller, P. (2002). Breaking Bad news to patients. The SPIKES approach can make this difficult task easier [Comunicar malas noticias a los pacientes. El enfoque de SPIKES puede facilitar esta difícil tarea]. *Postgraduate Medicine*, 112(3), 1-6. <https://doi.org/10.3810/pgm.2002.09.1318>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal [Cuando la muerte visita la maternidad: atención psicológica durante la pérdida perinatal]. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt
- Oliveira-Cardoso, E. A., Garcia, J. T., Santos, L. L., & Santos, M. A. (2018). Comunicando más notícias em um hospital geral: a perspectiva do paciente [Comunicar malas noticias en un hospital general: la perspectiva del paciente]. *Rev. SPAGESP*, 19(1), 90-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702018000100008&script=sci_abstract

- Park, I., Gupta A., Mandani K., Haubner, L., Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the spikes protocol [Educación sobre malas noticias para residentes de medicina de emergencia: un módulo de capacitación que utiliza simulación con el protocolo Spikes]. *Journal of Emergency and Trauma Shock*, 3(4), 385–8. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., Barros, G. A. M. (2017). Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E: instrumento de comunicação de más notícias adaptado à realidade médica brasileira [Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E: instrumento de comunicación de malas noticias adaptado a la realidad médica brasileña]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>
- Santos, A. P. R. (2017). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência: práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Comunicar malas noticias en contexto de emergencia: prácticas y dificultades del equipo de salud] [Tesis de maestría, Politécnico de Leiria]. IC-Online. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3685>
- Souza, G. A., Giacomini, K., Aredes, J. S., & Firmo, J. O. A. (2018). Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência [Comunicación de la muerte: formas de pensar y actuar de los médicos en un hospital de emergencia]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(03), e280324. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280324>
- Souza, C. P., & Souza, A. M. (2019) Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções [Rituales funerarios en el proceso del duelo: significados y funciones]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35412 <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundations of Cultural Psychology* [Cultura en mentes y sociedades: Fundamentos de Psicología Cultural]. Sage Publications.
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news [Comunicar malas noticias]. *American Family Physician*, 64(12), 1975-1979. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/1215/p1975.html>
- Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N., & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica [Cómo comunicar malas noticias: revisión bibliográfica]. *Revista da SBPH*, 10(1), 53-63. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005
- Vygotsky, L. (1987). *Pensamento e Linguagem* [Pensamiento y lenguaje] [J. L. Camargo, Trad.]. Martins Fontes.