



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS AL
COMUNICAR MALAS NOTICIAS A PACIENTES EN UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE TERCER NIVEL, 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

MAHER SALALHASBAZ ZAPANA MOZOMBITE

ASESORES:

Dr. CARLOS EDUARDO DE LA PUENTE OLÓRTEGUI

Dr. STALIN FRAN VILCARROMERO LLAJA

**IQUITOS, PERÚ
2019**

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
Secretaría Académica

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los **veintitrés** días del mes de **diciembre** del **dos mil diecinueve**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 401-2019-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Mg. DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos	Presidente
Mg. SP. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci	Miembro
Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello	Miembro
MC. Carlos Eduardo de la Puente Olórtegui	Asesor
MC. Stalin Fran Vilcarromero Llaja	Asesor

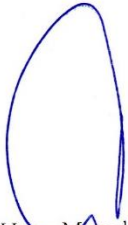
Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado **"Habilidades de los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel, 2019"**, de la Bachiller en Medicina **Maher Salalhasbaz Zapana Mozombite**, para obtener el título profesional de **Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNAP.

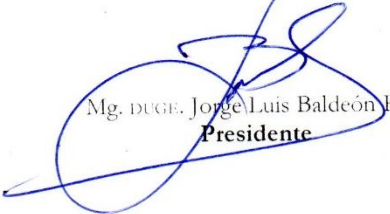
Luego de haber escuchado con atención la exposición de la sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma *satisfactoria*.....

El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido *aprobada por unanimidad*.....

Siendo las *12:00 hrs.*..... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole a la sustentante por su *exposición*.....


Mg. SP. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci
Miembro


Mg. DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos
Presidente


Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello
Miembro



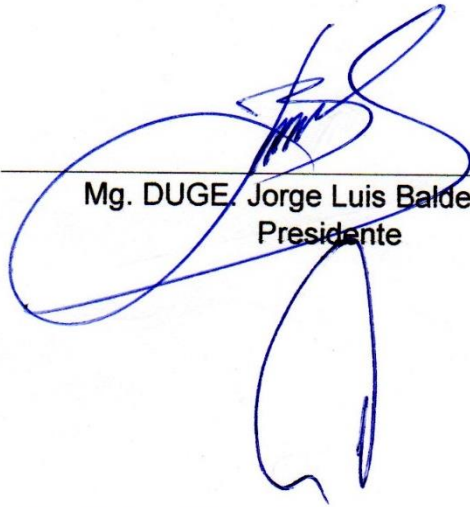
M.C. Carlos Eduardo De La Puente Olórtegui

Asesor

M.C. Stalin Fran Vilcarromero Llaja

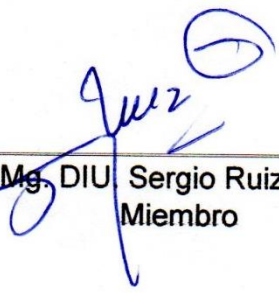
Asesor

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESORES DE LA TESIS

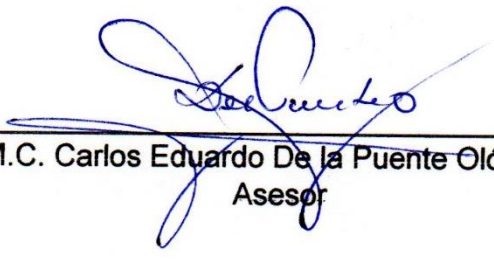


Mg. DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos
Presidente

Mg. SP. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci
Miembro



Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello
Miembro



M.C. Carlos Eduardo De la Puente Olórtegui
Asesor



M.C. Stalin Fran Vilcarrromero Llaja
Asesor

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO,

Por estar siempre a mi lado guiando cada uno de mis pasos, ser mí ayuda en los momentos de auxilio y permitir cumplir mis metas.

A MIS PADRES, *Feliciano Raúl y Celia Rosa*

Por su amor y apoyo incondicional, en las caídas y logros. Por siempre estar pendiente y acompañarme en las noches de desvelo, siendo mi motivación constante. Por enseñarme que los logros sólo se consiguen con esfuerzo y dedicación.

A MIS TÍOS, *Mariela, Rosana, Yovany, Jamel y Raquel*

Por ser mis segundos padres, apoyarme y siempre brindarme palabras de aliento en el momento preciso.

A MIS PRIMOS Y SOBRINA, *Carlos Bryan, Erika, Karla, Anthony, Gerardo, Carolina, Piero, Rosa, Diana, Elías y Gia*

Por compartir anécdotas y un ambiente confortable.

A TODA MI FAMILIA

Porque a pesar de la distancia siempre estuvieron pendiente de lo que necesitaba.

Maher Salalhasbaz Zapana Mozombite

AGRADECIMIENTO

A mis asesores, **Dr. Carlos de la Puente y Dr. Stalin Fran Vilcarromero**, porque de forma desinteresada, se embarcaron en el proyecto, guiándome en la elaboración, ejecución e interpretación. Además de motivarme a continuar en el camino de la investigación.

A mi jurado, **Dr. Jorge Baldeón Ríos, Dr. Hugo Rodríguez Ferrucci y Dr. Sergio Ruiz Tello**, por las observaciones emitidas con el objetivo de ayudarme a mejorar. ¡Gracias por todo su apoyo!

A la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y Facultad de Medicina Humana** que a pesar de las carencias ha sido cuna de grandes profesionales y de la cual siempre estaré agradecida por haberme formado como profesional.

A los médicos residentes y especialistas del **Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias»**, por brindarme unos minutos de su tiempo para colaborar con el proyecto.

A la **Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Amazonia Peruana (SOCIEMAP)**, por albergarme y enseñarme que si se puede hacer investigación en pre grado.

A mis amigos que me apoyaron de una y otra forma en el desarrollo de este proyecto, Lynn, Valentina, Martin, Jessye, Jhosephi, Anita, Dorita, Sergio y César.

Maher Salalhasbaz Zapana Mozombite

ÍNDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	ii
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESORES DE LA TESIS	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN:.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO:	6
1.1. Antecedentes de investigación:	6
1.1.1. Antecedentes nacionales:.....	6
1.1.2. Antecedentes internacionales:.....	7
1.2. Bases teóricas:.....	11
1.3. Definición de términos básicos:	17
CAPÍTULO II: VARIABLES	20
2.1. Variables y su operacionalización:.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	22
3.1. Diseño metodológico:	22
3.2. Diseño muestral:.....	22
3.3. Procedimientos de recolección de datos:.....	23
3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información:.....	24
3.5. Aspectos éticos:	25
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	26
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	37
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	38
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	39
ANEXOS	42
1. Matriz de consistencia:	42
2. Instrumentos de estudios previos:	43
3. Instrumento de recolección de datos	45
4. Consentimiento informado:	48
5. Permiso y constancia de aprobación del comité de ética del HRL	49
6. Revisión del instrumento por expertos:.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Características de los médicos del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», durante el año 2019.....	27
Tabla 02	Espacios físicos usados por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	28
Tabla 03	Aspectos explorados por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	29
Tabla 04	Respeto de los médicos a los deseos del paciente cuando comunican malas noticias en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	29
Tabla 05	Lenguaje y técnicas empleadas por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	30
Tabla 06	Respuesta de los médicos a las emociones del paciente cuando comunican malas noticias en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	31
Tabla 07	Uso de los médicos de un plan o estrategia cuando comunican malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	31
Tabla 08	Método de como los médicos aprendieron a comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.....	32

RESUMEN

La entrega de malas noticias es uno de los mayores retos que debe enfrentar el médico en su rutina diaria, proceso que al no realizarse de manera asertiva puede tener un impacto nocivo en el paciente y familiar; y ser el desencadenante de conflictos legales. En este estudio se buscó describir las habilidades que emplean los médicos residentes y especialistas a la hora de comunicar malas noticias. Se encuestó a 59 médicos del Hospital Regional de Loreto, durante el mes de junio del 2019, a través de un cuestionario auto-administrado basado en el protocolo SPIKES. El estudio encontró, que este proceso es desarrollado con aspectos positivos y negativos. Dentro de los aspectos positivos destaca el uso de espacios privados para comunicar malas noticias en el 71,2%, la exploración de “cuanto sabe el paciente sobre su condición médica” (62,7%) y el uso de un “lenguaje claro y sencillo” para su comunicación (62,7%); además de pausas para responder a las preguntas del paciente (84,7%) y asegurarse de su comprensión (94,9%). Sin embargo, dentro de lo negativo se encontró que el 71,2% de los médicos residentes y especialistas no respetaron los deseos del paciente al comunicar una mala noticia. Siendo este porcentaje mayor entre los médicos especialistas (39%). Concluyendo en la necesidad de incluir el aprendizaje de habilidades en comunicación de malas noticias a pacientes y familiares a nivel de pregrado y durante el primer año del residentado médico como parte de su entrenamiento para adquirir mayores destrezas.

Palabras clave (DeCS BIREME): Malas noticias, comunicación, habilidad, educación médica.

ABSTRACT

The delivery of bad news is one of the biggest challenges that the doctor must face in his daily routine, a process that, if not done assertively, can have a harmful impact on the patient and family; and be the trigger of legal conflicts. This study sought to describe the skills employed by resident doctors and specialists in communicating bad news. 59 doctors from the Hospital Regional of Loreto were found during the month of June 2019, through a self-administered questionnaire based on the SPIKES protocol. The study found that this process is developed with positive and negative aspects. Among the positive aspects, the use of private spaces to communicate bad news in 71.2%, the exploration of "how much the patient knows about his medical condition" (62.7%) and the use of "clear and clear language simple" for communication (62.7%); In addition to pauses to answer the patient's questions (84.7%) and ensure their understanding (94.9%). However, within the negative it was found that 71.2% of resident doctors and specialists did not respect the patient's wishes when communicating bad news. This percentage being higher among medical specialists (39%). Concluding on the need to include learning skills in communicating bad news to patients and families at the undergraduate level and during the first year of the medical residency as part of their training to acquire greater skills.

Key words (Source: MeSH NLM): Communication, bad news, skills, doctors.

INTRODUCCIÓN:

Descripción de la situación problemática:

Los grandes avances tecnológicos en la actualidad, han proporcionado a la medicina, herramientas para el diagnóstico y tratamiento temprano de múltiples enfermedades que antes eran manejadas con gran dificultad, contribuyendo a que los pacientes abriguen una esperanza de recuperación y expectativa de vida mayor. A pesar de ello, comunicar malas noticias es uno de los más frecuentes y mayores retos que debe enfrentar el médico en su rutina diaria, independiente de la especialidad y área de servicio donde labora ⁽¹⁾.

Debido a que, su comunicación modificará radicalmente la expectativa de vida del paciente sobre su futuro a corto, mediano y largo plazo; involucrando al mismo tiempo una gran descarga emocional ^(2,3). Las situaciones que describen una mala noticia varían de acuerdo a dos componentes importantes uno objetivo y otro subjetivo, el último es el más difícil de manejar, ya que depende exclusivamente del paciente y puede verse influenciado por diversos factores como el nivel socio-cultural, la personalidad y el entorno familiar ^(4,5).

Asimismo, el lugar, circunstancias y el momento pueden ser barreras, para una inadecuada pero particular situación donde el médico debe comunicar una mala noticia. Siendo imprescindible, su habilidad para manejar de forma meticulosa cada gesto, expresión, postura y uso de un lenguaje apropiado ⁽⁶⁾. Que refleje cortesía y empatía para permitirle entablar una adecuada relación con el paciente. Sin embargo, lograrlo representa una tarea muy difícil y a la que muchos prefieren evadir; la razón principal argumentada es “no desear quitarle la esperanza al paciente” ^(7,8).

Aunque, el verdadero motivo es la carencia de formación recibida, durante sus años de estudio en pregrado y postgrado ⁽⁹⁾. Situación que experimentan y tratan de revertir países de Europa ⁽¹⁰⁾, Norteamérica ⁽¹¹⁾ y Latinoamérica ⁽¹²⁾, a través de programas de entrenamiento, que incluyen el uso de protocolos estandarizados para comunicar malas noticias como

el SPIKES de seis pasos de Buckman, el ABCDE de Rabow y McPhee o los siete pasos de Bennett y Alison; complementado con juegos de roles, discusiones de grupo y simulaciones guiadas, que han tenido gran éxito (13–15).

Si bien, muchos de estos protocolos fueron diseñados para comunicar malas noticias a pacientes oncológicos, el protocolo de SPIKES ha sido adaptado para su uso en diversos campos clínicos, teniendo gran acogida en la práctica como en la enseñanza de los futuros médicos, debido a que sus seis pasos, permiten reunir información del paciente, transmitir la información médica, brindar apoyo y obtener la colaboración del paciente para desarrollar una estrategia o plan de tratamiento para el futuro; aspectos fundamentales al comunicar una mala noticia ⁽¹⁶⁾.

Un estudio realizado en Brasil ⁽¹⁷⁾, encontró que el 48% de los profesionales de salud, no recibieron formación en habilidades para comunicar malas noticias en pregrado, porcentaje que en Cuba y México oscila entre el 75% y 80% ^(18,19). En Perú ^(20,21), dos estudios realizados encontraron porcentajes similares e incluso mayores, debido a su falta de inclusión dentro de los cursos de bioética y deontología que forman parte del plan curricular de la mayoría de facultades; trayendo una gran desventaja para sus egresados⁽²²⁾.

En consecuencia, este proceso es aprendido durante su ejercicio profesional, a través de la observación de colegas con más años de experiencia o de manera intuitiva aplicando el método ensayo error ^(22,23). Situación que en las últimas décadas, ha traído como resultado una experiencia nociva para el paciente y familiares, siendo pasible de demandas legales entabladas por presunta negligencia médica. Un estudio realizado en el 2018 ⁽²⁴⁾, encontró una tasa de incidencia de 1,5 a 3,4 médicos involucrados por cada 1000 procesos éticos-disciplinarios durante el periodo de 1991-2015, siendo el motivo de denuncia más frecuente la mala atención en el 55,1%.

Dicho de otra manera, el riesgo de que demande a un médico por negligencia tiene muy poco que ver con cuantos errores haya cometido,

sin embargo la forma de tratar y la manera como se comunica con ellos es el factor detonante ⁽²⁵⁾. Al contar, con un establecimiento de salud de nivel III-1 en el departamento de Loreto, responsable de cubrir las necesidades de salud de la población residente y la referida de establecimientos de menor capacidad resolutive, resulta de gran importancia conocer como realizan este proceso los médicos especialistas y residentes, que se encuentran laborando en esta institución, por lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación:

Formulación del problema:

¿Qué habilidades emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel de Loreto, durante el 2019?

Objetivos:

Objetivo general:

- Describir las habilidades que emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel de Loreto, 2019.

Objetivos específicos:

1. Identificar el espacio físico que usan los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel.
2. Identificar los aspectos explorados por los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel.
3. Identificar sí los médicos residentes y especialistas respetan los deseos del paciente al comunicar malas noticias en un establecimiento de salud de tercer nivel.
4. Identificar el lenguaje y técnicas que emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel.

5. Identificar la respuesta de los médicos residentes y especialistas frente a las emociones del paciente al comunicar malas noticias en un establecimiento de salud de tercer nivel.
6. Identificar si los médicos residentes y especialistas emplean un plan o estrategia al comunicar malas noticias al paciente en un establecimiento de salud de tercer nivel. .
7. Identificar como aprendieron los médicos residentes y especialistas a comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel.

Justificación:

Importancia:

Los estudios han demostrado las dificultades que experimenta el médico al comunicar una mala noticia, debido a la carente formación recibida en habilidades de comunicación durante sus años de formación profesional y la falta de capacitación en esta temática; lo que ha traído consigo repercusiones para el paciente, familiar y médico⁽⁴⁾. En este contexto la investigación se justifica por los diversos aportes que proporciona:

En el ámbito académico, generará información para identificar las debilidades en la comunicación de malas noticias por parte del personal médico, y a su vez, impulsará la instauración de programas de capacitación a nivel de pregrado y postgrado, para incrementar las habilidades necesarias para comunicar y asegurar una adecuada relación médico-paciente, que afecte de manera positiva el proceso diagnóstico y terapéutico.

En el ámbito social, garantizará la satisfacción de los pacientes y familiares al recibir noticias de su diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico de manera asertiva, representando una ventaja competitiva para los profesionales egresados de nuestra casa de estudios y del hospital de referencia del departamento de Loreto.

En el ámbito metodológico, contribuirán a investigaciones que busquen correlacionar la implementación de los programas de capacitación con el desarrollo de las habilidades para este proceso, dirigiendo para ello estudios que involucren al paciente.

Viabilidad:

La realización de este proyecto de tesis es viable puesto que cuenta con el tiempo, recursos financieros y materiales necesarios; además de los permisos correspondientes para su ejecución y aplicación dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», previa a la firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

Limitaciones:

Falta de participación de algunos especialistas y residentes de las diferentes especialidades que no permitió trabajar con toda la población de estudio prevista y un posible sesgo de los datos consignados, ya que al ser una encuesta auto administrada el llenado pudo realizarse en función a lo ideal y no a lo que verdaderamente aplican en su práctica diaria. A pesar de ello, los datos obtenidos nos permiten tener un panorama en relación a las dificultades que experimentan al realizar esta tarea y permitirá la promoción de investigaciones futuras.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO:

1.1. Antecedentes de investigación:

1.1.1. Antecedentes nacionales:

Guillén-López O., Olascoaga-Mesía A.⁽²¹⁾ “En 2017, desarrollaron una investigación de tipo exploratorio y diseño descriptivo, que incluyó como población de estudio a médicos residentes de medicina interna y especialidades clínicas de la sede del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), como parte de la evaluación de necesidades de aprendizaje sobre el tema de comunicación de malas noticias. La investigación determinó que el 100 % de los residentes no habían recibido ninguna capacitación sobre el tema. Sin embargo, el 15.8% las había comunicado más de 5 veces al mes y el 58.6% con una frecuencia entre 2 a 5 veces. Siendo el principal motivo, informar una enfermedad terminal (84.2%) y la muerte (31.6%), sobre todo en el área de hospitalización con el 42.1%, usando para ello algún pasillo del hospital (68.4%). Durante este proceso las principales barreras que experimentaron los participantes para comunicar malas noticias fueron las falsas expectativas del paciente (66.7%) y el hecho de no contar con espacio idóneo para el proceso (53.3%). Concluyendo, en la necesidad de incluir de manera obligatoria el entrenamiento de los futuros médicos en habilidades para comunicar malas noticias y no esperar aprender de forma empírica, con el riesgo de no aprender nunca este proceso de la manera idónea”.

Bardales y cols. ⁽²⁰⁾ “En 2014, realizaron un estudio descriptivo transversal en 317 profesionales de salud (médicos, enfermeras y obstetras) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (categoría III-1, Lima, Perú), con el objetivo de describir las características del proceso comunicativo de emisión de malas noticias. El estudio determinó que la edad promedio de los participantes fue de 38.3 ± 10 años, con predominio del sexo femenino (55.5%). El 90% de los participantes manifestaron lo tedioso de este proceso y haber

recibido una formación previa en comunicación de malas noticias solo en el 28% de los casos. Sin embargo, el 86% de los profesionales de la salud, concordaron en que este proceso debe ser realizado en un ambiente privado, aunque solo el 20% lo practico en su rutina diaria. Los aspectos que llevaron a su comunicación fue el 48% informar el fallecimiento de una persona y en el 30% informar el mal pronóstico de una enfermedad. Otro aspectado destacado, fue la consulta al paciente de la cantidad de información que desea recibir, la cual fue practicada solo en el 16%. Concluyendo que estos datos, son el resultado de la interacción del emisor, receptor y entorno; que pueden ser mejoradas con el establecimiento de estrategias de instrucción que mejoren su capacidad de informarlas y ayuden a fortalecer la relación médico-paciente y la ética profesional.

1.1.2. Antecedentes internacionales:

Mostafavian Zahra y Abbasi-Shaye Zahra ⁽²⁶⁾ “En 2018, desarrollaron un estudio de tipo transversal, que incluyo a 70 médicos especialistas de dos hospitales de Mashhad (Irán) que participaron respondiendo a un cuestionario basado en el protocolo SPIKES, validado internacionalmente. La investigación determinó que 81.4% de los médicos usaron espacios privados para comunicar malas noticias, evaluando previamente lo que el paciente sabe sobre su condición y hasta qué punto desea que se le informe en el 67.1%; brindando una esperanza relativa en el 72.9% de los casos. Dentro de las técnicas empleadas por los médicos, para este proceso destaca el hecho de sentarse junto al paciente (54.3%), usar una bata médica (45.7%), apagar el celular (52.9%), poner la mano en su hombro como señal de apoyo (24.3%), animarlo a expresar sus sentimientos (35.7%) y presentarle a un equipo de apoyo en el 70% de los casos. Encontrando una relación significativa entre el sexo y el hecho de presentar al paciente a un equipo de apoyo ($P = 0.01$, $OR = 6.82$, Pregunta 5) y el tipo de especialidad del médico con alentar al paciente para expresar sus sentimientos internos después de escuchar malas noticias ($P = 0.04$, $OR = 4.35$, pregunta 16). La investigación concluyó que pese a los

resultados obtenidos, la capacidad de los médicos participante para dar malas noticias no son suficientes en algunos ítems como: consolar al paciente, responder sobre la posibilidad de sobrevivida e incentivar a la expresión de sus sentimientos. Por lo tanto, es necesario la implementación de cursos y talleres sobre esta temática en pregrado y postgrado, para aumentar la satisfacción de los pacientes y disminuir las preocupaciones e inconvenientes en los médicos, sobre todo al abordar la parte emocional del paciente, al dar malas noticias.

Pereira y cols. ⁽¹⁷⁾ “En 2017, desarrollaron un estudio de tipo prospectivo y diseño longitudinal, que incluyó como participantes a 100 médicos y 100 enfermeras, que participaron en una capacitación sobre técnicas de comunicación de malas noticias y posteriormente respondieron a un cuestionario basado en el protocolo SPIKES, pero adaptado a la realidad brasilera. La investigación determinó que el 48% no recibieron una formación integral en este tema, siendo sus dificultades más frecuentes "Lidiar con las emociones del paciente" en el 42,5% y "ser honesto, sin perder la esperanza" en un 37,5%. Después de completar el entrenamiento 49% de los individuos creía que su capacidad para comunicar malas noticias era razonable y solo el 10% de los médicos evaluaron su capacidad para dar malas noticias como "pobres" o "muy pobres", a comparación del 26% de las enfermeras. El trabajo concluyó que el protocolo P-A-C-I-E-N-T-E aplicado es una herramienta que dirige y facilita la comunicación y ha demostrado ser práctico y útil para la mayoría de los participantes en este estudio.

Ferreira Da Silveira y cols. ⁽²⁷⁾ “En 2017, desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo observacional y diseño de corte transversal, que incluyó como participantes a 121 médicos (42 residentes y 108 especialistas) que respondieron a un cuestionario basado en el protocolo SPIKES para investigar sus actitudes, posturas, comportamientos y los miedos relacionados con la comunicación de malas noticias. La investigación determinó la edad de los participantes

se encontró 25 – 40 años (82%), contando con un grupo casi homogéneo de hombres y mujeres, los cuales comunicaron malas noticias con frecuencia (37.2%) y ocasionalmente (28.1%). El 99.2 % tenía claro la definición de mala noticia. Con respecto a las etapas del protocolo SPIKES, el 84.3% usaron lenguaje verbal y no verbal para comunicarlas, usando en el 78% espacios privados. El empleo de un lenguaje claro y comprensible (86%), reservando un periodo para aclarar sus dudas (51.2%), evitando interrupciones (56.2%). Sin embargo, al consultarles sobre sus miedos y sentimientos, el 66.9% temía ser culpado y el 58.6% temía las reacciones del paciente; experimentando en 40.8% un sentimiento de tristeza. El trabajo concluyó en la importancia de mejorar esta técnica y ayudar a superar sus miedos es incluir su formación dentro de los cursos de pregrado”.

Konstantis y Exiara ⁽²⁸⁾ “En 2015, se desarrolló una investigación de tipo prospectivo y diseño transversal entre los meses de octubre a diciembre, que incluyó a 59 médicos del Hospital General de Komotini en el norte de Grecia (26 especialistas y 33 residentes de especialidades clínicas) como población de estudio. La investigación determinó que el 79.6% de los participantes tenían un plan consistente para comunicar malas noticias, un 96.6% dieron malas noticias en un lugar tranquilo, un 89.8% se aseguraron de no tener interrupciones y contar con el tiempo suficiente, un 89.8% usaron palabras simples, un 91.5% verificaron la comprensión y solo 77.9% permitieron que los familiares determinen el conocimiento del paciente sobre la enfermedad. A pesar de ello, el trabajo concluyó que hubo bajos índices de formación específica para informar malas noticias”.

Molinuevo y cols ⁽²⁹⁾ “En 2014, desarrollaron una investigación de tipo prospectiva y diseño transversal, que incluyó como población 131 residentes y 79 especialistas. La investigación determinó que el 75% de residentes y el 67.1% de especialistas habían recibido formación en habilidades comunicativas antes o durante la formación especializada, mostrando satisfacción con su formación en “habilidades

comunicativas de entrevista clínica”. Sin embargo, dentro de las áreas con mayor porcentaje de insatisfacción se encontraron ‘habilidades comunicativas en situaciones difíciles’ y ‘habilidades comunicativas de manejo de emociones’ con el 15%. El trabajo concluyó que siguen existiendo deficiencias en la formación en habilidades comunicativas de residentes y especialista de medicina”.

Martín del Campo y cols. ⁽¹⁹⁾ “En 2012, desarrollaron un estudio descriptivo transversal, incluyendo a 227 médicos especialistas del Hospital General de México que respondieron a un cuestionario previamente estructurado para determinar cómo transmiten malas noticias. La investigación determinó que el 77,5% no habían recibido educación para dar malas noticias, pero a pesar de ello el 30% se había enfrentado a este hecho con mucha frecuencia y solo el 23,3% lo había evitado en lo posible. En cuanto a cómo emiten las malas noticias, se encontró que el 89% sigue una guía, el 69,4% preparando una estrategia específica para cada paciente y el 89,9% busca un área privada para comunicarla, en cuanto a la exploración de los conocimientos y deseos del paciente solo el 68,3% las comunican sin solicitud del paciente y/o familiar. Sin embargo, al preguntarle sobre si le afecta personalmente dar malas noticias el 56,8% manifestó que sí. Concluyendo que sólo unos cuantos médicos están preparados para esta responsabilidad, siendo necesario una formación que garantice su transmisión adecuada y profesionalmente.”

Hernández y Matienzo ⁽³⁰⁾ “En 2009, se desarrolló un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y transversal, que incluyó como población a 98 médicos del primer, segundo y tercer nivel de atención de la ciudad de la Habana que participaron respondiendo una encuesta auto-administrada para explorar sus habilidades comunicativas. La investigación determinó que el 40,9% usa la comunicación verbal y no verbal durante este proceso, buscando para ello un lugar privado en el 75,5%. Para su comunicación hicieron uso de un lenguaje claro y comprensible en el 95,9%, buscando establecer confianza con el

paciente en el 64,3%. Sin embargo, solo el 24,5% de los participantes refieren haber recibido una formación específica. Concluyendo que a pesar de desarrollar esta tarea en su rutina diaria, no han desarrollado de forma suficiente la habilidad para comunicar malas noticias, siendo necesario la promoción de capacitaciones para promover su aprendizaje y garantizar una adecuada relación con el paciente.

1.2. Bases teóricas:

1.2.1. Definición de malas noticias:

Las malas noticias, son todas aquellas situaciones que comprometerán la expectativa que el paciente tiene sobre su salud en el presente y futuro a corto y largo plazo, trayendo en consecuencia alteraciones en su esfera emocional y conductual ^(2,3). Sin embargo, su definición involucra dos componentes fundamentales: uno objetivo que indica la severidad de la noticia a la que se hará referencia y otro subjetivo que dependerá del propio paciente y estará influenciado por el contexto socio-cultural, la personalidad y el entorno familiar en el que vive ⁽⁵⁾.

1.2.2. ¿Por qué es difícil comunicar malas noticias?

Los estudios han demostrado que se debe a la falta de preparación recibida, durante los años de formación en pregrado y postgrado, debido a que la curricula de estudio priorizo la formación en habilidades clínico-quirúrgicas enfocadas al binomio salud-enfermedad, desatendiendo la formación en habilidades de comunicación. Por ello, a la hora de realizar esta tarea, el médico suele experimentar recelo, frustración y angustia ⁽⁹⁾.

Sin embargo, se ha revelado que una preparación y retroalimentación en habilidades para comunicarse con el paciente, les evitaría desventajas durante su ejercicio en la práctica clínica, reduciendo el estrés y ansiedad a la hora de brindarlas, por lo cual ha tenido gran acogida en estudiantes de medicina y médicos residentes de países desarrollados ^(11,31).

1.2.3. ¿Qué factores dificultan la comunicación de malas noticias?

Aranda Sánchez y cols., identificaron los factores implicados en la dificultad para comunicar malas noticias en la práctica médica, agrupándolos en tres rubros: médico, paciente y ambiente ⁽²³⁾.

1.2.3.1. Factores del médico:

Dentro de los factores del médico se destaca su falta de preparación en pregrado y su capacitación durante postgrado, los cuales no han permitido desarrollar y fortalecer habilidades comunicativas como el uso del lenguaje corporal, el contacto visual y el lenguaje apropiado herramientas fundamentales a la hora de comunicarse con el paciente ⁽³²⁾. Asimismo se destacan las experiencias previas negativas, situaciones similares que el médico se encuentra atravesando y los años de egresado como médico, lo que se traduce en la poca experiencia para manejar este tópico ⁽²³⁾. Factores que han hecho que muchos médicos eviten esta tarea en lo posible, debido al estrés, sensación de responsabilidad por el impacto de la noticia y temor de una evaluación negativa por parte del paciente y familiar ⁽¹⁹⁾.

1.2.3.2. Factores del paciente:

Como se mencionó el impacto emocional del paciente a la hora de recibir una mala noticia dependerá del componente subjetivo que estará influenciado por su religión, nivel económico, nivel educativo, cultura, entorno familiar, edad y conocimiento sobre su enfermedad ⁽²³⁾.

1.2.3.3. Factores del ambiente:

La interconexión del médico y el paciente estaría inconcluso, si no se considera, el ambiente de la interacción entre ambos. Este, debe permitir desahogarse libremente, sin la sensación de ser observado, adecuada iluminación, libre de ruidos y distractores ⁽²³⁾. Lamentablemente encontrar un ambiente que cumpla estos criterios es difícil dentro del medio hospitalario ⁽²¹⁾.

El planteamiento de alternativas para su manejo adecuado garantizará una asertiva comunicación al informar malas noticias a pacientes y familiares, disminuyendo al mismo tiempo en el médico el desarrollo del síndrome de desgaste profesional.

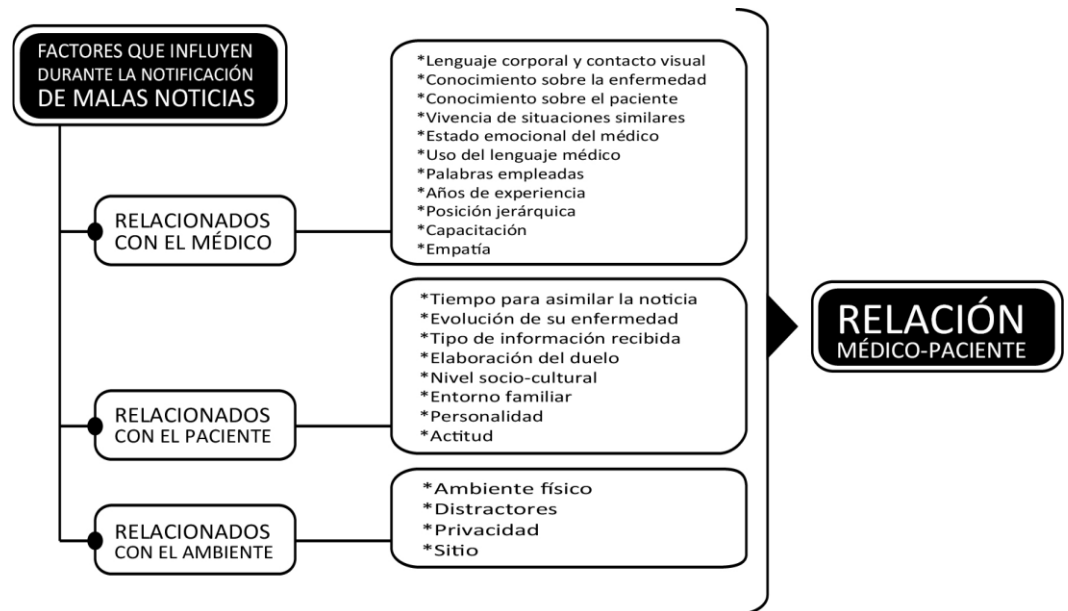


Figura 01: Factores que dificultan la comunicación de malas noticias. Tomada de "Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud" (23).

1.2.4. Habilidades para comunicar malas noticias:

Se entienden como la capacidad de realizar con facilidad la tarea de comunicarse con el paciente, empleando para ello conectores adecuados para entender, procesar e interpretar los distintos sucesos comunicativos. Debido a que constituye una de las herramientas más empleadas durante el ejercicio médico; sobre todo a la hora de elaborar la historia clínica, informar el diagnóstico, indicar el tratamiento y educar al paciente en torno a su patología (6).

Para lograrlo, es necesario que el profesional de la salud presente un meticuloso manejo de cada gesto, expresión, postura, uso adecuado del lenguaje corporal y verbal, para fomentar una adecuada relación

con el paciente, y que a su vez le permita sentirse cómodo con la tarea ⁽⁶⁾. En este sentido es indispensable, contemplar los siguientes procesos, para una adecuada comunicación ⁽¹⁶⁾.

En primer lugar, es necesario la identificación de un área privada, con buena iluminación, alejada de las distracciones y ruidos externos propios del área hospitalaria. En algunos casos es difícil contar con un espacio que cumpla las características planteadas. Sin embargo, es fundamental acondicionar un espacio para tal fin, ya que al emitir la noticia, el paciente experimentara sensación de angustia, frustración y desesperanza, y debe sentirse libre para expresarse lejos de las miradas de los espectadores ⁽²³⁾.

En segundo lugar, se debe explorar lo que previamente conoce el paciente sobre su condición, mediante preguntas abiertas ¿Qué es lo le han dicho sobre su condición otros médicos? ¿A qué cree que se deba su problema? Para en función de las respuestas adecuar la información y el lenguaje a emplear para explicar al paciente; es importante considerar en este punto el manejo de la comunicación verbal y no verbal que se hará uso durante este proceso ⁽³³⁾.

En tercer lugar, es fundamental determinar hasta qué punto desea el paciente que se le informe una mala noticia, este aspecto antes era determinado por el médico, y era el quien decida si era beneficioso para el paciente recibir o no una mala noticia. Pero esta postura paternalista, ha cambiado con la adopción del modelo de responsabilidad compartida, donde se resalta la autonomía, libertad y juicio del paciente, para decidir “lo que quiere o lo que espera”, bajo la orientación del médico ⁽³⁴⁾.

Una vez establecido los primeros procesos, se desarrollara la comunicación de la mala noticia, donde se debe considerar el lenguaje que se empleara, que debe ser en lo posible lo más claro y sencillo, evitando palabras técnicas que resulten incomprensible para el

paciente. Así mismo, se debe incluir gestos que reflejen benevolencia y apoyo, pequeñas pausas para absolver sus dudas e incluir la comunicación táctil para reconfortarlo, como tocar el dorso de su mano o el hombro ^(5,35).

Para finalizar esta tarea se debe verificar cuanto entendió e informar sobre las estrategias y planes que seguirán a futuro, para aliviar sus síntomas. El profesional debe dejar claro al paciente que estará acompañado en este proceso y podrá contar con él ^(4,5).

1.2.5. Protocolos y guías para comunicar mala noticias:

Los protocolos y guías clínicas son herramientas de gran importancia propuestos por pasos sistematizados que reúnen aspectos relevantes en torno a la comunicación de malas noticias de manera eficiente y eficaz; y cuyos objetivos se centran en cuatro aspectos fundamentales ^(2,16):

- Explorar el conocimiento y expectativas del paciente sobre su situación.
- Determinar cuan preparado está para escuchar la información, y ofrecer la misma de acuerdo a los intereses del paciente.
- Brindar apoyo emocional reduciendo el impacto de la información y la sensación de soledad.
- Favorecer la colaboración del paciente en un plan de trabajo conjunto.

Tienen como objetivo facilitar al médico las competencias necesarias para desarrollar esta tarea dentro de su práctica diaria. Los más conocidos son: El ABCDE de Rabow y McPhee, siete pasos de Bennett y Alison, y el modelo SPIKES de seis pasos de Buckman, el cual es ampliamente conocido y aplicado en capacitaciones y dentro de las escuelas de formación de medicina para comunicar malas noticias ⁽²²⁾.

1.2.5.1. El ABCDE de Rabow y McPhee:

Creado en la Universidad de San Francisco, con motivo de encontrar un método moral de comunicar malas noticias en general, basándose en la preparación avanzada, la buena relación, la comunicación adecuada y el desarrollo emocional. Se encuentra conformada por cinco apartados donde destaca: La preparación anticipada, un buen ambiente, comunicarse correctamente, desarrollar acuerdos con el paciente y estimular y valorar emociones ⁽³³⁾.

1.2.5.2. Los siete pasos de Bennett y Alison:

En este protocolo los autores proponen siete pasos estructurados para comunicar el diagnóstico de cáncer, pero que puede ser fácilmente adaptado a otras situaciones clínicas, además brindan recomendaciones en cuanto al entorno familiar. La característica de este protocolo es la preparación anticipada antes de comunicar de una mala noticia ⁽¹⁶⁾.

1.2.5.3. Protocolo SPIKES de seis pasos de Buckman:

Es un protocolo constituido por seis etapas, cuyo objetivo es permitir que el médico cumpla con los cuatro objetivos más importantes de la entrevista al revelar malas noticias: recopilar información del paciente, transmitir la información médica, brindar apoyo al paciente y obtener la colaboración del paciente para desarrollar una estrategia o plan de tratamiento. Su aplicación es sencilla y demanda poco tiempo aplicarla por ello es de uso frecuente y recomendado en la formación de médicos para mejorar sus habilidades al comunicar malas noticias ^(2,35).

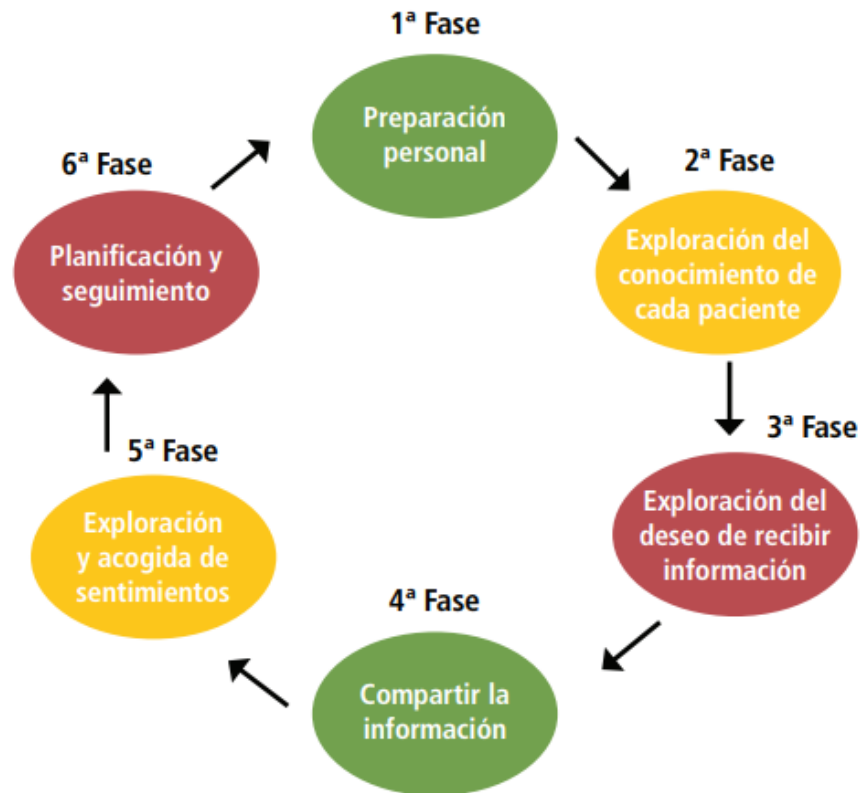


Figura 02: Pasos en la comunicación de malas noticias. Tomada de Comunicación de “Malas Noticias” en salud ⁽³⁵⁾.

1.3. Definición de términos básicos:

- **Médico residente:** Es un profesional que después de obtener su título de médico decide realizar una especialidad médica.
- **Médico especialista:** Es un profesional de la salud que está capacitado y autorizado en un área especial de la medicina.
- **Especialidad:** Son los estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.

- **Rol dentro del hospital:** Función que el médico desempeña dentro del hospital, sea como especialista o residente de 1º, 2º y 3º año.
- **Años de graduado como médico:** Cantidad de años, en que el egresado médico ha concluido sus estudios, y obtenido un título o graduación académica, normalmente de rango universitario.
- **Frecuencia para comunicar malas noticias:** Es el número de veces en las que el profesional médico comunica una mala noticia.
- **Sector laboral:** Área física del hospital donde el médico desempeña sus funciones, siendo estas: Hospitalización, consultorio externo, UCI y emergencia.
- **Malas noticias:** Son aquellas situaciones como la gravedad de una enfermedad aguda, descompensación de una enfermedad crónica, pronóstico de una enfermedad terminal, procedimiento invasivo/cirugía, fallecimiento del paciente entre otras, que comprometen las expectativas de vida del paciente de manera negativa ^(1,5).
- **Habilidad para comunicar malas noticias:** Capacidad de realizar con facilidad el proceso de comunicación, empleando los conectores adecuados para entender, procesar e interpretar los distintos sucesos comunicativos, abordados de acuerdo al protocolo SPIKES de Buckman. En el cual se incluye ^(1,5,6):
 - **El escenario:** Lugar en el que se desarrolla la comunicación de malas noticias.
 - **El conocimiento sobre el paciente:** Conocimientos que el médico adquiere de su paciente durante la comunicación de malas noticias.
 - **Los deseos del paciente:** Constituye uno de los derechos del cual cuenta cada paciente. En él se contempla la

información sobre su estado de salud, las actuaciones médicas propuestas, los riesgos y ventajas de cada una, así como de las alternativas, los efectos de no tratar y el diagnóstico y el pronóstico de su patología. La cual debe ser suministrada de forma que el paciente la comprenda, contestando todas sus preguntas y a la vez respetar su deseo a no ser informado, en cuyo caso, nombrará a la persona que desea sea informada ⁽³⁶⁾.

- **El lenguaje usado:** Es la capacidad propia del ser humano para expresarse, usando para ello frase comprensible de acuerdo al receptor.
- **La comodidad frente a las emociones del paciente:** Sensación que percibe el médico al comunicar una mala noticia, la cual puede hacerle sentirse cómodo o incómodo.
- **El lenguaje corporal:** Es un componente de la comunicación que proporciona información sobre el carácter, emociones y reacciones de los individuos.
- **La relación empática:** Es la participación afectiva que crea el médico en relación a los sentimientos del paciente.

CAPÍTULO II: VARIABLES

2.1. Variables y su operacionalización:

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de las categorías	Medio de verificación
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Cualitativa	Género	Nominal	Femenino	1	DNI
					Masculino	2	
Edad	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha	Cuantitativa	Años	Razón	26 – 45 años	1	DNI
					46 – 65 años	2	
					66 – 82 años	3	
Especialidad médica	Son las especialidades en las que se formaron los especialistas y en las que se encuentran en formación los residentes	Cualitativa	Especialidades médicas	Nominal	Clínicas	1	RNE
					Quirúrgicas	2	
					Clínico – quirúrgicas	3	
Rol dentro del hospital	Función que desempeña el médico dentro del hospital	Cualitativa	Rol	Ordinal	Especialista	1	Encuesta
					Residente 1 año	2	
					Residente 2 año	3	
					Residente 3 año	4	
Años de graduado como médico	Tiempo en el que se graduó como médico y ejerce la profesión	Cuantitativa	Años	Razón	< 10 años	1	Encuesta
					> 10 años	2	
Sector del hospital	Área del hospital donde desempeña sus funciones	Cualitativa	Área física	Nominal	Emergencia	1	Encuesta
					Consultorio externo	2	
					Hospitalización	3	
					UCI	4	
Frecuencia	Cantidad de veces que el médico comunica malas noticias durante un mes promedio	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Casi nunca (menos de 5 veces)	1	Encuesta
					Usualmente (de 5 a 10 veces)	2	
					Frecuentemente (de 10 a 20 veces)	3	
					Muy frecuente (> de 20 veces)	4	
Mala noticia	Situación médica más frecuente que implica que el médico comunique al paciente o al familiar como mala noticia	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Gravedad de una enfermedad aguda	1	Encuesta
					Descompensación de una enfermedad grave	2	
					Pronóstico de una enfermedad terminal	3	
					Procedimiento invasivo/cirugía	4	
					Fallecimiento del paciente	5	
					Otros	6	
HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS							
Espacio físico	Lugar o área física donde el médico comunica una mala noticia durante su práctica diaria	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Espacio privado	1	Encuesta
					Pasillo del hospital	2	
					Junto a la cama del paciente	3	
					Otros	4	
	Uso en la práctica diaria	Cualitativa		Nominal	Sí	1	
					No	2	
Espacios idóneos en su institución	Cualitativa	Nominal	Sí	1			
			No	2			
Aspectos explorados	Al comunicar una mala noticia que aspectos explora el médico antes de realizarlo	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Lo que sabe el paciente sobre su condición	1	Encuesta
					Lo que desea saber el paciente	2	
					Lo que le preocupa al paciente	3	
					No se toma tiempo para explorar	4	
					Otros	5	

Deseos del paciente	El médico afirma si al comunicar una mala noticia siguió los deseos del paciente	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Si	1	Encuesta	
					No	2		
Lenguaje	Tipo de lenguaje que adopta el médico a la hora de comunicar una mala noticia	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Claro y sencillo	1	Encuesta	
					Brindando detalles	2		
					Preciso y breve	3		
					Estableciendo confianza	4		
					Brindando esperanza sin tenerla	5		
Pausas	El médico afirma si realiza pausas para responder a las interrogantes del paciente	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Si	1	Encuesta	
					No	2		
Tipo de apoyo	El médico menciona que tipo de apoyo brinda al paciente después de comunicar una mala noticia	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Informacional	1	Encuesta	
					Emocional	2		
					Espiritual	3		
					Otros	4		
Comprensión	El médico después de comunicar una mala noticia verifica la comprensión por parte del paciente	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Si	1	Encuesta	
					No	2		
Lenguaje corporal	El médico afirma si empleo lenguaje corporal a la hora de comunicar una mala noticia	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Si	1	Encuesta	
					No	2		
Comodidad con las emociones	El médico afirma como se siente frente a las emociones que experimenta el paciente al comunicarle una mala noticia	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Cómodo	1	Encuesta	
					No muy cómodo	2		
					Incómodo	3		
Plan estratégico	El médico afirma si antes de comunicar una mala noticia tiene un plan o estrategia en mente	Cualitativa	Práctica diaria	Nominal	Si	1	Encuesta	
					No	2		
Método de aprendizaje para comunicar malas noticias	Como el médico adquirió las habilidades para comunicar malas noticias	Cualitativa		Nominal	Cursos de pregrado	1	Encuesta	
					Cursos de postgrado	2		
					A través de colegas	3		
					Método ensayo error	4		
					Otros	5		
	Capacidad para comunicar malas noticias	Cualitativa			Nominal	Muy bien	1	Encuesta
						Bien	2	
						Regular	3	
						Mal	4	
						Muy mal	5	
	Inclusión en los cursos de pregrado y postgrado	Cualitativa			Nominal	Si	1	Encuesta
						No	2	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico:

3.1.1. Tipo y diseño de estudio:

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, a través de un cuestionario auto-administrado a los médicos residentes y especialistas del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias».

3.2. Diseño muestral:

3.2.1. Población de estudio:

Todos los médicos residentes y especialistas de las áreas clínicas, quirúrgicas y clínico-quirúrgicas del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias» que se encontraron laborando durante el mes de junio del 2019.

3.2.2. Muestreo o selección de la muestra:

Se trabajó con todos los médicos residentes y especialistas del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», de acuerdo a los criterios de selección.

3.2.3. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Ser médico residente o especialista del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», que se encuentre laborando en el hospital durante el mes de junio del 2019.
- Que acepte participar en la investigación firmando el consentimiento informado y conteste la encuesta completa.

Criterios de exclusión:

- Médicos residentes o asistentes que no tengan contacto con pacientes.
- Que no acepten participar en la investigación y/o conteste la encuesta de forma incompleta.

3.3. Procedimientos de recolección de datos:**3.3.1. Técnica de recolección de datos:**

El presente trabajo empleó la técnica de cuestionario para la recolección de los datos. Usando como instrumento un cuestionario auto-administrado, basado en el protocolo SPIKES de Buckman⁽²⁾ y que previamente fue validada en estudios anteriores ^(18,37,38) para su ejecución. El cuestionario estuvo conformado por tres partes:

- La primera destinada a recolectar datos generales de los participantes como: edad, sexo, especialidad, rol dentro del hospital, años de graduado como médico, frecuencia para comunicar malas noticias, área en el que trabaja prioritariamente y situación de salud más frecuente a la hora de comunicar malas noticias.
- La segunda a recolectar información sobre cómo los médicos residentes y especialistas comunican malas noticias a los pacientes.
- Y la tercera parte que busca identificar como los médicos residentes y especialistas aprendieron a comunicar malas noticias a los pacientes, como se sienten sobre su capacidad para hacerlo y si consideran importante incluirlos en los cursos de pregrado y postgrado.

3.3.2. Procedimiento de recolección de datos:

Una vez aprobado el plan de tesis por el comité de ética del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», se obtuvo el permiso de la dirección del hospital para su aplicación en las diferentes áreas hospitalarias. El departamento de estadística e informática del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias» proporcionó una lista del personal médico que se encontraba laborando en la institución hasta el mes de junio del 2019, totalizando 110 médicos (4 generales, 54 residentes y 52 especialistas).

Posteriormente se procedió a invitar a cada uno de los médicos residentes y especialistas de las diferentes áreas clínicas, quirúrgicas y clínico-quirúrgicas que se encontraban laborando en el establecimiento durante el mes de junio, explicando cada una de las secciones y preguntas que comprendía el instrumento de recolección (encuesta auto-administrada: “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes”) y el tiempo estimado para su respuesta, previa firma del consentimiento informado, si aceptaba participar.

3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información:

La información recogida fue ingresada a una hoja de cálculo, utilizando el programa Microsoft Excel®, posteriormente estos fueron procesados en el programa estadístico IBM SPSS® versión 25.

Los datos se presentan descriptivamente utilizando medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. Para comparar las respuestas de los médicos residentes y especialistas con respecto a las variables categóricas, se usó tablas de doble entrada.

3.5. Aspectos éticos:

Se presentó el estudio ante el comité de ética e investigación del Hospital Regional de Loreto, constancia N°018 – CIEI – HRL – 2019, determinando al estudio de “Riesgo Mínimo”, con código de inscripción: ID – 030 – 2019. Autorizando su aplicación dentro del establecimiento a través del Memorando N° 868 – 2019 – GRL – DRS – L/30.50.

Se invitó a participar a los médicos residentes y especialistas previa firma de consentimiento informado, durante toda la investigación se mantuvo el carácter confidencial de la información proporcionada a través de las encuestas auto-administradas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se analizaron las respuestas proporcionadas por 59 médicos de las diferentes especialidades, donde el 62,7% fueron médicos especialistas y el 37,3% médicos residentes de primero, segundo y tercer año. En la **TABLA N° 01** se describen las características generales de los médicos participantes mediante 8 variables de estudio obtenidos a partir de la “Encuesta: Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a pacientes en el Hospital Regional de Loreto, 2019”. El sexo masculino en el 86,4% fue el que predominó entre los médicos participantes, el cual estuvo distribuido en el 28,8% (17) entre los residentes y en el 57,6% (34) entre los especialistas. La edad promedio de los especialistas fue de $48,3 \pm 12,7$ años (rango: 31 – 82 años) y para los residentes fue $34,3 \pm 6,5$ años (rango: 26 – 48 años). En relación al tiempo de graduados como médicos, los residentes tenían en promedio $6,5 \pm 3,5$ años (rango: 2 – 16 años) y los especialistas $20,7 \pm 11,9$ años (rango: 7 – 54 años).

El 55,9% de los médicos participantes fueron de las especialidades clínicas, conformadas por la especialidad de: Pediatría, infectología, medicina familiar, neurología, endocrinología, nefrología, medicina interna, reumatología, cardiología y emergencias y desastres. La frecuencia con que los médicos comunicaban malas noticias oscilo en el 11,8% (> 20 veces/mes) sobre todo en el área de emergencia (5,1%) y en el 39% (< 5 veces/mes) sobre todo en el área de hospitalización (23,7%). Las causas principales para comunicar malas noticias en el 61% de los casos fue la gravedad de una enfermedad aguda y en el 28,8% el fallecimiento del paciente. Sin embargo, en el grupo de otras causas, hubo diferentes escenarios de acuerdo a las especialidades médicas; destacando en el caso de los infectólogos el hecho de comunicar las complicaciones por el VIH/SIDA, para los neurólogos comunicar el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad neurodegenerativa y para los ginecólogos comunicar el término de la gestación por un óbito fetal, las complicaciones de un recién nacido asociado a su edad gestacional y la presencia de malformaciones congénitas.

Tabla N° 01: Características de los médicos del Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», durante el año 2019.

	N	%
Sexo		
Femenino	8	13,6%
Masculino	51	86,4%
Edad		
26 – 45 años	39	66,1%
46 – 65 años	16	27,1%
66 – 82 años	14	6,8%
Rol dentro del hospital		
Residente de 1 año	8	13,6%
Residente de 2 año	12	20,3%
Residente de 3 año	2	3,4%
Especialista	37	62,7%
Especialidades		
Clínicas	33	55,9%
Quirúrgicas	3	5,1%
Clínico – quirúrgicas	23	39,0%
Años de graduado como médico		
< 10 años	28	47,5%
> 10 años	31	52,5%
Área de trabajo		
Emergencia	12	20,3%
Consultorio externo	10	16,9%
Hospitalización	33	55,9%
UCI	4	6,8%
Frecuencia de comunicación de malas noticias⁺		
Casi nunca (< 5 veces)	23	39,0%
Usualmente (5 a 10 veces)	21	35,6%
Frecuente (de 10 a 20 veces)	8	13,6%
Muy frecuente (> 20 veces)	7	11,8%
Causas de comunicación de malas noticias*		
Gravedad de una enfermedad aguda	36	61,0%
Descompensación de una enfermedad crónica	15	25,4%
Pronóstico de una enfermedad terminal	15	25,4%
Procedimiento invasivo/cirugía	13	22,0%
Fallecimiento del paciente	17	28,8%
Otras causas	5	8,5%

+ La frecuencia con la que comunican malas noticias fue calcula en base a un mes promedio

* Respuestas de opción múltiple (n=101, %=171,2%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

Tabla N° 02: Espacios físicos usados por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿En qué espacio físico comunica malas noticias?+	Espacio privado	13 (22%)	29 (49,2%)
	Pasillo del hospital	5 (8,5%)	4 (6,8%)
	Junto a la cama del paciente	4 (6,8%)	8 (13,6%)
¿Suele usar estos espacios con frecuencia?	Si	19 (32,2%)	27 (45,8%)
	No	3 (5,1%)	10 (16,9%)
¿Cree que su institución posee ambientes idóneos para dar malas noticias?	Si	2 (3,4%)	6 (10,2%)
	No	20 (33,9%)	31 (52,5%)

+ Respuestas de opción múltiple (n=61, %=107%)

Fuente: Encuesta "Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019"

En la **TABLA N° 02** se describen los espacios físicos usados por los médicos al comunicar malas noticias a los pacientes, donde el 71,2% de los participantes manifestaron usar "espacios privados", observando un porcentaje mayor entre los médicos especialistas (49,2%) y no encontrando diferencias entre los años de egresado como médico. En cuanto a la frecuencia con que usan estos ambientes el 78% manifestó "Si" usarlo con frecuencia en su rutina diaria, encontrando una distribución similar entre los médicos egresados hace menos de 10 años y los que tienen más de 10 años de graduados como médicos. Sin embargo, el 86,4% reportó que el establecimiento de salud no cuenta con ambientes idóneos para comunicar malas noticias, sensación que fue percibida con mayor porcentaje en el grupo de médicos especialistas (52,5%) y en aquellos con más de 10 años de graduados como médicos (44,1%).

Tabla N° 03: Aspectos explorados por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿Qué aspectos explora al comunicar malas noticias?+	Lo que el paciente sabe sobre su condición	9 (15,3%)	28 (47,5%)
	Lo que desea saber el paciente	8 (13,6%)	19 (32,2%)
	Lo que le preocupa al paciente	12 (20,3%)	15 (25,4%)
	Otros	1 (1,7%)	1 (1,7%)
	Total	93	157,6%

+ Respuestas de opción múltiple

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

En la **TABLA N° 03** se describen los aspectos explorados por los médicos al comunicar malas noticias a los pacientes, donde el 62,7% de los participantes exploraron “lo que el paciente sabe sobre su condición médica”, siendo el porcentaje mayor entre los médicos especialistas (47,5%) y los que se graduaron como médicos hace más de 10 años (39%).

Tabla N° 04: Respeto de los médicos a los deseos del paciente cuando comunican malas noticias en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿Comunica la mala noticia de acuerdo a los deseos del paciente?	Si	3 (5,1%)	14 (23,7%)
	No	19 (32,2%)	23 (39%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

En la **TABLA N° 04** se registra el respeto de los médicos a los deseos de paciente cuando comunicar malas noticias, donde se observó que el 71,2% de los participantes manifestaron “No” hacerlo, siendo este porcentaje mayor entre los médicos especialistas (39%) y los que se graduaron como médicos hace menos de 10 años (40,7%).

Tabla N° 05: Lenguaje y técnicas empleadas por los médicos al comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019.

Ítems	Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)	
¿Qué tipo de lenguaje emplea al comunicar malas noticias?+	Claro y sencillo	13 (22%)	24 (40,7%)
	Brindando detalles	5 (8,5%)	12 (20,3%)
	Preciso y breve	5 (8,5%)	3 (5,1%)
	Estableciendo confianza	5 (8,5%)	17 (28,8%)
	Brindando esperanza sin tenerla	0	1 (1,7%)
¿Realiza pausas para responder al paciente?	Si	20 (33,9%)	30 (50,8%)
	No	2 (3,4%)	7 (11,9%)
¿Verifica la comprensión de la noticia por parte del paciente?	Si	22 (37,3%)	34 (57,6%)
	No	0	3 (5,1%)
¿Qué tipo de apoyo le brinda?*	Informacional	13 (22%)	14 (23,7%)
	Emocional	6 (10,2%)	23 (39%)
	Espiritual	2 (3,4%)	7 (11,9%)
	Otros	1 (1,7%)	1 (1,7%)

+ Respuestas de opción múltiple (n=85, %=144,1%)

* Respuestas de opción múltiple (n=67, %=113,6%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

En la **TABLA N° 05** se registra las técnicas y el lenguaje empleado por los médicos al comunicar malas noticias a los pacientes, donde el 62,7% de los participantes manifestaron usar un lenguaje “Claro y sencillo” y “estableciendo confianza” en el 37,3% siendo estos porcentaje mayores entre los médicos especialistas con el 40,4% (24) y 28,8% (17) respectivamente. Distribución observada de manera similar entre los médicos graduados hace más de 10 años. En el 94,9% los participantes se aseguraron de verificar la comprensión de la noticia transmitida, mientras que en el 84,7% realizaron pausas para responder al paciente, siendo este porcentaje mayor entre los médicos especialistas. El apoyo de “tipo emocional” con el 49,2% fue el más empleado por los participantes. Sin embargo, este fue menor entre los médicos residentes (10,2%).

Tabla N° 06: Respuesta de los médicos a las emociones del paciente cuando comunican malas noticias en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿Suele usar lenguaje corporal al comunicar malas noticias?	Si	16 (27,1%)	36 (61%)
	No	6 (10,2%)	1 (1,7%)
¿Cómo se siente frente a las emociones del paciente?	Cómodo	4 (6,8%)	7 (11,9%)
	No muy cómodo	16 (27,1%)	22 (37,3%)
	Incómodo	2 (3,4%)	8 (13,6%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

Tabla N° 07: Uso de los médicos de un plan o estrategia cuando comunican malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿Tiene un plan o estrategia al comunicar una mala noticia?	Si	18 (30,5%)	32 (54,2%)
	No	4 (6,8%)	5 (8,5%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

Tabla N° 08: Método de como los médicos aprendieron a comunicar malas noticias al paciente en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2019

Ítems		Residentes (n=22)	Especialistas (n=37)
¿Cómo aprendió a comunicar malas noticias?	Cursos de pregrado	1 (1,7%)	5 (8,5%)
	Cursos de postgrado	1 (1,7%)	4 (6,8%)
	A través de colegas	8 (13,6%)	6 (10,2%)
	Método ensayo error	12 (20,3%)	20 (33,9%)
	Otros	0	2 (3,4%)
¿Cómo se siente sobre su capacidad para transmitir malas noticias a los pacientes?	Muy bien	2 (3,4%)	5 (8,5%)
	Bien	10 (16,9%)	20 (33,9%)
	Regular	7 (11,9%)	10 (16,9%)
	Mal	3 (5,1%)	2 (3,4%)
¿Cree que se debería a enseñar a dar malas noticias en pregrado y postgrado?	Si	22 (37,3%)	35 (59,3%)
	No	0	2 (3,4%)

Fuente: Encuesta “Habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a los pacientes del Hospital de Loreto – junio 2019”

La **TABLA N° 08** describe el método de como aprendieron los médicos a comunicar malas noticias a los pacientes, donde el 54,2% de los participantes manifestaron haberlo hecho por el “método ensayo error”, siendo este porcentaje mayor entre los médicos especialistas con el 33,9% (20). Sin embargo, solo el 11,9% de los médicos reporto sentirse “muy bien” con su capacidad para este proceso. Recomendando el 96,6% de los participantes, incluirlo dentro de los cursos de pregrado y postgrado.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Comunicar malas noticias es una práctica inherente de la profesión médica. Sin embargo, su comunicación requiere de cierta destreza y habilidad por parte del médico, para ayudar a reducir la ansiedad que experimentan los pacientes, debido a la incertidumbre de su condición médica. Siendo, indispensable un espacio idóneo, la exploración de la percepción del paciente y el manejo minucioso de cada gesto, frase, lenguaje, postura y respuesta que se le pueda brindar al paciente durante el proceso comunicativo, sea esta verbal o no verbal ^(6,16). Aspectos que fueron valorados de acuerdo a las seis etapas que consigna el protocolo SPIKES de Buckman. En la encuesta aplicada, se evidenció en la primera etapa que aborda el espacio físico, que el 71,2% de los participantes usaron un “espacio privado” para comunicar malas noticias. Por el contrario, el porcentaje de uso de estos espacios es bajo a comparación de lo encontrado en Cuba ⁽³⁰⁾, Brasil ⁽³⁸⁾ y México ⁽¹⁹⁾ donde su uso oscila entre el 75,5%, 78% y 89.9% de los casos respectivamente. La explicación a este evento, puede deberse a la ausencia de espacios idóneos dentro de los hospitales para este fin. Tal como lo reportó el 86,4% de los participantes al manifestar que su institución carecía de estos ambientes. Situación compartida con Guillén-López y Olascoaga-Mesías ⁽³⁷⁾ que considera a este aspecto como una barrera que influye negativamente al comunicar una mala noticia en el 53,3%, obligando al profesional a hacer uso de lugares alternativos, como pasillos e incluso al pie de la cama del paciente. Lugares incómodos y con carencia de privacidad, que impiden que el paciente pueda realizar su duelo, lejos del ruido y distractores externos propios del ámbito hospitalario ⁽²³⁾.

La segunda etapa de este protocolo abarca la exploración de la percepción del paciente antes de comunicar malas noticias, donde se busca explorar que es lo que sabe y que le gustaría saber al paciente sobre su condición, para en función a ello dirigir este proceso ⁽³⁹⁾. Los participantes del estudio en el 62,7% exploraron “lo que el paciente sabe sobre su condición” y en 45,8% “lo que le preocupa y desea saber”. A pesar de ello, estas cifras resultan menor a lo reportado por Hernández y Matienzo⁽³⁰⁾, donde el 71,4% exploraron sobre “lo

que el paciente sabe sobre su enfermedad” y un 78,6% sobre “lo que le preocupa”. Realizar esta exploración previa, permite que el médico se anticipe a que postura adoptar, para realizar esta tarea. No hacerlo, conduciría a la transmisión de la noticia de una manera cruda e impersonal, llevando al paciente a un sufrimiento adicional innecesario, deteriorando la relación médico-paciente y al mismo tiempo generando en el médico estrés y frustración ⁽⁴⁾.

Siguiendo esta línea en la tercera etapa, se busca determinar hasta qué punto el paciente “desea que se le informe una mala noticia”. Este es un aspecto importante, ya que da relevancia a la autonomía del paciente, desafortunadamente, en el estudio se encontró que solo el 28,8% comunica una mala noticia “de acuerdo a los deseos del paciente”, compartiendo estas cifras con Martín del Campo y Romero-Cabello ⁽¹⁹⁾ que reportaron un 31,3% y contrastando con Ferreira da Silveira ⁽²⁷⁾ con 93,4%. Estos resultados pueden ser explicados por la arraigada práctica de una relación médico paciente paternalista, donde el médico dirigía las acciones diagnóstico terapéuticas y el paciente solo se dedica a acatarlas ⁽³⁴⁾. En la actualidad, esta práctica ha sido desfasada, para adoptar un modelo de responsabilidad compartida, con el objetivo de establecer una buena relación con el paciente y la familia; basada en la comunicación y respeto de la autonomía del paciente, el cual puede decidir libremente si aceptar o no un tratamiento, una intervención o recibir la información sobre su condición médica, siendo completamente válido ⁽⁴⁰⁾.

Por otro lado, lograr que este proceso tenga éxito, dependerá también de la forma como se brinde la información, siendo para ello necesario el empleo de un lenguaje comprensible, pausado, evitando tecnicismos, así como el uso de técnicas que permitan transmitir tranquilidad y seguridad al paciente, tal como lo contempla la cuarta etapa del protocolo SPIKES ⁽³⁹⁾. En el estudio, se evidenció que los médicos procuran la comprensión del paciente en el 94.9%, usando pausas para responder a las preguntas del paciente en el 84.7% y usando para ello un lenguaje claro y sencillo en el 62,7% de los casos. Porcentajes similares reportados por Konstantis y Exiara ⁽²⁸⁾, al usar un

lenguaje con palabras simples (89,8%) y verificar su comprensión (91,5%). Otro aspecto destacado en los participantes del estudio, fue el tipo de apoyo que suelen brindar al paciente después de comunicar una mala noticia, siendo en el 49.2% apoyo de tipo “emocional”, discrepando con Hernández y Matienzo ⁽³⁰⁾ donde se encontró 85.7%, un porcentaje mucho mayor a lo reportado en el estudio. El uso de estas técnicas, han permitido en el paciente, una mejor comprensión, aceptación y adaptación frente a la noticia recibida ⁽⁷⁾

Con respecto a la quinta etapa del protocolo, que contempla la respuesta emocional del paciente al recibir la noticia, se hace hincapié a que el médico adopte una postura empática durante este proceso, el cual puede lograrse con el uso del lenguaje corporal, el cual engloba gestos, posturas, movimientos del cuerpo y rostro para transmitir la información, revelando tan o más información que las palabras. En el estudio el 88,1% de los participantes reporto usarlo durante su práctica; a pesar de ello, el 64,4% manifestó “No sentirse muy cómodo” con las emociones que experimento el paciente después de recibir la noticia, concordando con lo reportado por Ferreira Da Silveira ⁽²⁷⁾ con el 42,5%. Para finalizar la sexta etapa del protocolo, establece la necesidad de que los médicos durante este proceso comunicativo perfilen una estrategia, para ayudar a aclarar al paciente cuáles serán los pasos a seguir, después de la noticia. Afortunadamente, el 84,7% de los médicos, tienen claro de este punto en su práctica diaria, a comparación de lo reportado por Martín del Campo y Romero-Cabello ⁽¹⁹⁾ donde solo el 69,6% consideraba importante contemplar este aspecto, antes de comunicar una mala noticia.

Es de esperarse que realizar esta tarea, sea difícil, estresante y poco satisfactoria para los médicos, sobre todo, si se carece de una preparación previa. En el estudio el 78% de los participantes, reportaron que durante su formación no habían recibido una capacitación sobre comunicación de malas noticias; aprendiendo a realizarlo a través de la intuición (método ensayo – error) en el 54,2% de los casos y a través de colegas en el 23,8%. Cifra que se asemeja a lo encontrado en el estudio realizado por Bardales y cols. ⁽²⁰⁾ y Guillén-López y Olascoaga-Mesías ⁽³⁷⁾ donde se encontró un porcentaje del 72% entre el personal de salud (médicos, enfermeras y obstétricas) y el 100%

en médicos residentes, que no habían sido formados en esta temática en sus años de estudios. En países como Cuba ⁽³⁰⁾ y México ⁽¹⁹⁾ las cifras no se alejan de las encontradas en Perú, revelando que no solo en nuestro país, la falta de capacitación de cómo dar una mala noticia representa una característica común en todos los médicos, razón que puede ser explicada por la falta de inclusión de esta temática dentro de los cursos de ética y deontología, que forman parte de la malla curricular de las facultades de medicina, causando una desventaja entre sus egresados, que a pesar de ello, son desafiados a realizarlo.

Práctica que fue comprobada en el estudio, al encontrar que casi todos los encuestados (61%) se enfrentan a esta tarea con un promedio de más de 5 veces al mes, pero solo el 11.8% con una frecuencia mucho mayor (>20 veces) y el 13.6% con una frecuencia media (entre 10 a 20 veces), sobre todo al comunicar la gravedad de una enfermedad aguda (61%) y el fallecimiento del paciente (28,8%). Sin embargo, es rescatable que los médicos a pesar de presentar esta desventaja, han sabido desenvolverse en la comunicación de malas noticias. Pero es evidente que presentan dificultades, sobre todo en dos aspectos fundamentales, respetar el deseo del paciente a la hora de la comunicación y enfrentar la respuesta emocional del paciente. Aspectos que pueden y deberían ser subsanados con ayuda de protocolos como el ABCDE de Rabow y McPhee, siete pasos de Bennett y Alison y el protocolo SPIKES ampliamente utilizado para el aprendizaje de estas competencias ⁽¹⁵⁾ y complementarlo con juegos de roles, discusiones de grupo y simulaciones guiadas, que han tenido gran éxito ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Por ello, a pesar de las limitaciones que presentó el estudio como: la falta de participación de algunos especialistas y residentes de las diferentes especialidades, lo que no permitió trabajar con toda la población de estudio prevista y la aplicación una encuesta auto administrada que recolecto las respuestas proporcionadas por los médicos, las cuales pueden haber sido consignadas en función a lo ideal y no a lo que verdaderamente aplican en su práctica diaria. Nos permiten tener un panorama en relación a las dificultades que experimentaron durante esta práctica, lo que permitirá la promoción de investigaciones futuras, que involucren al paciente.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. El 71,2% de los médicos residentes y especialistas emplearon los espacios privados para comunicar malas noticias a los pacientes; a pesar de ello, el 86,4% considera que su institución carece de ambientes idóneos.
2. El 62,7% de los médicos residentes y especialistas exploraron “cuanto sabe el paciente sobre su condición médica” al comunicar una mala noticia y en segundo lugar lo “que desea y preocupa al paciente” con el 45,8%.
3. El 71,2% de los médicos residentes y especialistas no respetaron los deseos del paciente al comunicar una mala noticia. Siendo el porcentaje mayor entre los médicos especialistas (39%) y los que se graduaron como médicos hace menos de 10 años.
4. La verificación de la comprensión de la noticia con el 94,9%, el uso de pausas con el 84,7% y el 62,7% empleando un lenguaje claro y sencillo; fueron el lenguaje y técnicas más empleadas por los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias al paciente.
5. El 88,1% de los médicos residentes y especialistas responden a las emociones del paciente usando lenguaje corporal al comunicar una mala noticia. Sin embargo, el 64,4% manifestaron no sentirse “muy cómodos” manejando la respuesta emocional del paciente.
6. El 84,7% de los médicos residentes y especialistas cuenta con un plan o estrategia al comunicar una mala noticia al paciente. Siendo este porcentaje mucho mayor entre los médicos especialistas con el 54,2%.
7. El 54,2% de los médicos residentes y especialistas aprendieron a comunicar malas noticias al paciente por el método ensayo – error (experiencia propia) y en segundo lugar a través de la observación de colegas con más años de experiencia en el 23,7%.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

1. El residentado médico debe incluir durante el primer año, el aprendizaje de habilidades en comunicación de malas noticias a pacientes y familiares como parte de su entrenamiento. Así mismo, incluir en la curricula de la facultad de medicina humana el abordaje de este tema dentro del curso de ética y deontología, para que los estudiantes de pregrado se familiaricen con este proceso y puedan desempeñar a posterior esta tarea de manera más asertiva.
2. La dirección del Hospital Regional de Loreto debe incorporar dentro del establecimiento un espacio idóneo para comunicar malas noticias.
3. Fomentar investigaciones que busquen correlacionar la implementación de los programas de capacitación con el desarrollo de las habilidades para este proceso, dirigiendo para ello estudios que involucren al paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. enero de 2004;363(9405):312-9.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient– SPIKES. *The Oncologist*. 2000;5(4):302–311.
3. Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ. Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(6):736.
4. Payán G. C. Comunicar malas noticias: Una tarea difícil pero necesaria. *Rev Cir Pediátrica*. 2012;2(1):35-9.
5. Guerra-Tapia A, González-Guerra E. Transmisión de malas noticias en la consulta. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. enero de 2013;104(1):1-3.
6. Minchala Ávila JPM, Vergara J. Informe médico y comunicación de las malas noticias. *Rev Científica Digit INSPILIP*. 2019;3(2):1-11.
7. de Lima AEA. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol*. 2003;71:217–220.
8. Monge E, Sotomayor R. Attitudes towards delivering bad news in Peru. *The Lancet*. mayo de 2004;363(9420):1556.
9. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot*. 23 de junio de 2014;3:51-51.
10. Costantini A, Baile W, Lenzi R, Costantini M, Ziparo V, Marchetti P, et al. Overcoming Cultural Barriers to Giving Bad News: Feasibility of Training to Promote Truth-Telling to Cancer Patients. *J Cancer Educ*. julio de 2009;24(3):180-5.
11. Trickey AW, Newcomb AB, Porrey M, Piscitani F, Wright J, Graling P, et al. Two-Year Experience Implementing a Curriculum to Improve Residents' Patient-Centered Communication Skills. *J Surg Educ*. noviembre de 2017;74(6):e124-32.
12. Setubal MSV, Antonio MÂRGM, Amaral EM, Boulet J. Improving Perinatology Residents' Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. *Rev Bras Ginecol E ObstetríciaRBGO Gynecol Obstet*. 2018;40(03):137–146.
13. Karkowsky CE, Landsberger EJ, Bernstein PS, Dayal A, Goffman D, Madden RC, et al. Breaking Bad News in obstetrics: A randomized trial of simulation followed by debriefing or lecture. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(22):3717–3723.
14. Karam VY, Barakat H, Aouad M, Harris I, Park YS, Youssef N, et al. Effect of a simulation-based workshop on breaking bad news for anesthesiology residents: an intervention study. *BMC Anesthesiol*. 2017;17(1):77.
15. Barbosa M, Del Piccolo L, Barbosa A. Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Educ Couns*. 2019;

16. Luna-Solis Y. Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(1).
17. Pereira CR, Calônego MAM, Lemonica L, Barros GAM de. The PACIENTE Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Médica Bras*. 2017;63(1):43–49.
18. Hernández IM, Matienzo CT. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Rev Latinoam Bioét*. 2009;9(17):76–85.
19. Martín del Campo A, Romero-Cabello R. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. Retrieved March. 2016;1.
20. Bardales AF, Querevalú DL, Maquera-Afaray J. Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 25 de septiembre de 2014;31(3):603–604.
21. Guillén-López OB, Olascoaga-Mesía AC. Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2017;30(2):79.
22. Guillén-López O, Mas-Ubillús G, Reto-Zapata B, Guerra-García A, Tomateo-Torvisco D. Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2017;30(2):105.
23. Aranda Sanchez CI, Cedillo Zaragoza R, Del Campo Acosta MG, Ornelas Segovia RO, Góngora Ortega J. Factors that affect and hinder bad news communication on health personnel. *Acta Univ*. 24 de octubre de 2014;24(5):20–6.
24. Cárdenas M, Sogi C. Procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico en el Perú: experiencia de los últimos 25 años. *Acta Médica Peru*. 2018;35(4):204–210.
25. Malcolm Gladwell. *Inteligencia Emocional ¿Por qué sabemos la verdad en dos segundos?* 2.^a ed. Madrid: Taurus; 2006. 226 p.
26. Mostafavian Z, Shaye Z. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *J Fam Med Prim Care*. 2018;7(3):601.
27. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J*. 29 de mayo de 2017;135(4):323–31.
28. Konstantis A, Exiara T. Breaking bad news in cancer patients. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(1):35.
29. Molinuevo B, Clèries X, Aradilla-Herrero A, Nolla-Domenjó M. Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. *FEM Rev Fund Educ Médica*. 2014;17(2):115–122.
30. Hernández IM, Matienzo CT. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Rev Latinoam Bioét*. 2009;9(17):76–85.

31. Westmoreland KD, Banda FM, Steenhoff AP, Lowenthal ED, Isaksson E, Fassl BA. A standardized low-cost peer role-playing training intervention improves medical student competency in communicating bad news to patients in Botswana. *Palliat Support Care*. 2019;17(1):60–65.
32. Bertolino M. Comunicación de malas noticias en el proceso de atención médica. 2014;107-11.
33. Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Aten Fam*. 2015;22(4):95–96.
34. Aragón VMA. La relación médico-paciente. *Cir Gen*. 2011;33(S2):122–125.
35. Bascuñán ML. Comunicación de “malas noticias” en salud. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2013;24(4):685–693.
36. Zavala Sarrio S, Sogi Uetmasu C, Cárdenas Díaz M, Delgado Vásquez A. Autonomía del paciente y derecho a rehusar tratamientos: Conocimiento en Médicos Jóvenes Peruanos (encuesta 2010). *Acta Médica Peru*. 2012;29(2):70–78.
37. Guillén-López OB, Olascoaga-Mesía AC. Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2017;30(2):79.
38. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J*. 29 de mayo de 2017;135(4):323-31.
39. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *An Fac Med*. 27 de marzo de 2019;80(1):86-91.
40. Zavala Sarrio S, Sogi Uetmasu C, Cárdenas Díaz M, Delgado Vásquez A. Autonomía del paciente y derecho a rehusar tratamientos: Conocimiento en Médicos Jóvenes Peruanos (encuesta 2010). *Acta Médica Peru*. 2012;29(2):70–78.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS AL COMUNICAR MALAS NOTICIAS A PACIENTES EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE TERCER NIVEL, 2019	<p>Problema General:</p> <p>¿Qué habilidades emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel de Loreto, durante el 2019?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivo General:</p> <p>Describir las habilidades que emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel de Loreto, 2019.</p> <p style="text-align: center;">Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el espacio físico que usan los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel. - Identificar los aspectos explorados por los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel. - Identificar si los médicos residentes y especialistas respetan los deseos del paciente al comunicar malas noticias en un establecimiento de salud de tercer nivel. - Identificar el lenguaje y técnicas que emplean los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel. - Identificar la respuesta de los médicos residentes y especialistas frente a las emociones del paciente al comunicar malas noticias en un establecimiento de salud de tercer nivel. - Identificar si los médicos residentes y especialistas emplean un plan o estrategia al comunicar malas noticias al paciente en un establecimiento de salud de tercer nivel. . - Identificar como aprendieron los médicos residentes y especialistas a comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel. 	<p>Estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.</p>	<p>Población de estudio: Estuvo conformada por 59 médicos entre residentes y especialista del Hospital Regional de Loreto, durante el mes de junio del 2019.</p> <p>Unidad de estudio: Médicos residentes y especialistas que laboren en las áreas clínicas, quirúrgicas y clínico quirúrgicas del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"</p>	<p style="text-align: center;">Técnica: La encuesta</p> <p style="text-align: center;">Instrumento: Cuestionario auto - administrado</p>

2. Instrumentos de estudios previos:

CUESTIONARIO: COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Ivonne Martín Hernández y Clemente Trujillo Matienzo

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una cruz (X) la opción de respuesta que considere más adecuada. Por favor escriba en letra de molde. Le doy mi agradecimiento por su colaboración.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ENCUESTADO:

Nivel de atención de salud:

1) Primaria 2) Secundaria 3) Terciaria

Sexo: 1) Femenino 2) Masculino

Edad: _____ años

Profesión: Médico Especialidad:

- a) MGI
 b) Neurología
 c) Geriátrica
 d) Neuropediatría
 f) Otra: _____

Enfermedades neurodegenerativas atendidas más frecuentemente por usted:

- 1) Enfermedades de la neurona motora
2) Enfermedad de Parkinson
3) Enfermedad de Alzheimer
4) Enfermedad de Huntington
5) Ataxias espinocerebelosas
6) Esclerosis Múltiple
7) Otras. ¿Cuáles?: _____

Cuando usted conoce el diagnóstico y/o pronóstico desfavorable de su paciente:

1. ¿Informa la mala noticia?

1) Nunca 2) A veces 3) Siempre

2. Si informa, ¿Lo hace de forma...?

- 1) Sólo de forma verbal.
2) De forma verbal y no verbal.

3. Si informa, ¿Dónde lo hace? (Puede dar más de una respuesta)

- 1) Busco un local privado y acogedor para informar.
2) Informo en el local de consulta del que dispongo.
3) Informo de manera informal en un pasillo u otro lugar que no sea en la consulta.
4) Informo sentado al lado de la cama cuando el paciente está encamado.
5) Informo parado al lado de la cama cuando el paciente está encamado.

¿Generalmente cuando informo...? (Puede dar más de una respuesta)

- 1) Lo hago utilizando un lenguaje claro, comprensible y evitando tecnicismos.
2) Explico en detalle.
3) Trato de brindar esperanzas aún sin tenerlas.
4) Establezco una relación de confianza.
5) Me pongo en el lugar del paciente.

¿Al informar siempre dice la verdad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento?

1) No la comunico.

- 2) Evito decirla.
3) Completa y de una sola vez.
4) Paulatinamente según el paciente y/o el familiar quiera saber.

6. ¿A quién le dice la verdad...?

- 1) Sólo al paciente.
2) Sólo al familiar.
3) Al paciente en compañía del familiar.
4) Preferentemente primero al paciente y luego al familiar.
5) Preferentemente primero al familiar y luego al paciente.

¿Cuando el paciente le habla...? (Puede dar más de una respuesta)

- 1) Escucho atenta, detenidamente y sin interrumpir lo que el paciente me expone.
2) Escucho lo que el paciente me expone, pero interrumpo cada vez que tengo algo que decir o aclarar.
3) No dejo que el paciente hable mucho y soy concreto.
4) Dedico siempre tiempo para responder a sus interrogantes.

¿Explora en la conversación...? (Puede dar más de una respuesta)

- 1) Lo que el paciente sabe de su enfermedad.
2) Lo que el paciente quiere saber.
3) Lo que le preocupa al paciente.
4) No tomo tiempo para explorar nada, sencillamente informo.

¿Brinda su apoyo...?

- 1) Brindo mi apoyo instrumental
 1) Al paciente
 2) Al familiar
 3) A ambos
2) Brindo mi apoyo informacional
 1) Al paciente
 2) Al familiar
 3) A ambos
3) Brindo mi apoyo emocional
 1) Al paciente
 2) Al familiar
 3) A ambos
4) Brindo mi apoyo espiritual
 1) Al paciente
 2) Al familiar
 3) A ambos

¿Cómo ha aprendido usted a dar malas noticias? (Puede dar más de una respuesta)

- 1) He recibido formación específica.
2) Por el método de ensayo y error.
3) Viendo a otros especialistas.
4) Otras. ¿Cuáles?: _____

Gracias por su colaboración.

**CUESTIONARIO ORIGINAL CONTESTADO POR LOS MÉDICOS: MALAS NOTICIAS DE ÚLTIMA HORA:
LAS HABILIDADES DE LOS MÉDICOS PARA COMUNICARSE CON PACIENTES**

Francisco José Ferreira da Silveira, Camila Carvalho Botelho, Carolina Cirino Valadão

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

- 1) Nombre:
- 2) Edad:
- 3) Especialidad
 - a) Clínica general
 - b) Cirujano
 - c) nefrólogo
 - d) cardiólogo
 - e) endocrinólogo
 - f) Neumólogo
 - g) urólogo
 - h) pediatra
 - i) R1
 - j) R2
 - k) R3
 - l) ¿Otro? _____
- 4) Sector en el que trabaja principalmente:
 - a) UCI
 - b) clínica ambulatoria
 - c) Bloqueo quirúrgico
 - d) enfermería
 - e) Asistencia lista
 - f) ¿Otro? _____
- 5) ¿Cuánto tiempo se ha formado?
 - a) 1 a 10 años
 - b) 10 a 20 años
 - c) 20 a 40 años
 - d) Más de 40 años.

COMUNICANDO LAS MALAS NOTICIAS:

- 1) ¿Qué es una mala noticia?
 - a) Toda la información que cause daño físico al paciente.
 - b) Solo dar noticias de la muerte.
 - c) Cualquier información transmitida que implique un cambio negativo y podría afectar la visión de la vida del individuo o su perspectivas para el futuro
- 2) ¿Con qué frecuencia reporta malas noticias?
 - a) Casi siempre
 - b) Muy ocasionalmente
 - c) Poco
 - d) Nunca
- 3) ¿De qué manera da malas noticias?
 - a) Solo verbal
 - b) Forma verbal y no verbal (tacto, mirada, empatía ...)
- 4) ¿Cómo consideras tu habilidad para dar malas noticias?
 - a) Muy bien
 - b) Bueno
 - c) Aceptable
 - d) Malo
- 5) ¿Dónde das malas noticias?
 - a) Búsqueda de un lugar privado y acogedor.
 - b) Reportar en una oficina disponible.
 - c) Informar informalmente en el pasillo o en algún otro lugar fuera de la oficina
- 6) Si el paciente está postrado en cama, usted:
 - a) Informar sentado junto a la cama cuando el paciente está postrado en cama.
 - b) Reportar estar de pie junto a la cama cuando el paciente está en cama.
- 7) ¿Cómo se proporcionan las malas noticias? (puede tener más de una respuesta)
 - a) Con lenguaje claro, comprensible, evitando palabras técnicas.
 - b) Explique en detalle.
 - c) Espero, aunque no existan.
 - d) Establecer una relación de confianza.
 - e) Lo explico de forma detallada y técnica.
 - f) Me pongo en el lugar del paciente.
 - g) Aclaro dudas

- 8) Cuando da las malas noticias, ¿siempre dice la verdad sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento?
 - a) Nunca.
 - b) Evitar decir la verdad.
 - c) Habla todo a la vez.
 - d) Con cuidado, con cuidado, de acuerdo con la solicitud del paciente y / o miembros de la familia.
- 9) ¿A quién le dices la verdad?
 - a) Sólo el paciente.
 - b) Solo la familia
 - c) El paciente y su acompañante, al mismo tiempo.
 - d) Preferiblemente, primero al paciente, luego a la familia.
 - e) Preferiblemente, primero a la familia, luego al paciente.
- 10) Cuando el paciente habla y / o hace una pregunta, usted... (puede tener más de una respuesta)
 - a) Escuchar atentamente y sin interrumpir al paciente.
 - b) Escucha lo que habla el paciente, pero interrumpe cada vez que hay algo que añadir.
 - c) No deja que el paciente hable demasiado y sea objetivo.
 - d) Siempre tómeselo el tiempo para responder a sus preguntas
- 11) ¿Qué contenido explora durante la conversación con el paciente (puede tener más de una respuesta)?
 - a) Lo que el paciente sabe sobre su estado de salud.
 - b) Lo que el paciente quiere saber.
 - c) Lo que preocupa al paciente.
 - d) Solo informa, no dando espacio para que el paciente hable.
- 12) ¿Cómo te sientes acerca de dar malas noticias?
 - a) Triste
 - b) Con lástima
 - c) Sentido del deber cumplido.
 - d) Aliviado
 - e) Inseguro
 - f) Miedo
- 13) ¿Qué temores tienes al dar malas noticias? (¿Puedes tener más de una respuesta?)
 - a) Miedo a ser culpado
 - b) Miedo a acabar con la esperanza del paciente.
 - c) El miedo a la muerte y la propia enfermedad.
 - d) El miedo a sus propias reacciones emocionales.
 - e) Miedo a las reacciones del paciente.
- 14) A quién le brindas tu apoyo:
 - 14.1) Instrumental: a) Familia b) Paciente c) Ambos
 - 14.2) Informativo: a) Familia b) Paciente c) Ambos
 - 14.3) Emocional: a) Familia b) Paciente c) Ambos
 - 14.4) Espiritual: a) Familia b) Paciente c) Ambos
- 15) ¿Cómo aprendiste a dar malas noticias?
 - a) Durante la graduación
 - b) Por método de prueba y error.
 - c) Curso específico
 - d) Ver a otros especialistas.
 - e) Y otra: _____
- 16) ¿Sabes de algún instrumento que ayude a comunicar malas noticias?
 - a) Si ¿Cuál?: _____
 - b) No
- 17) ¿Qué tan importante crees que es la incorporación de "Cómo dar malas noticias" en el curso de la graduación?
 - a) muy importante
 - b) Más o menos importante.
 - c) importante
 - d) poco importante
 - e) no importante

Gracias por su colaboración.

3. Instrumento de recolección de datos

HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS A PACIENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2019

Código de la encuesta: _____

INTRUCCIONES PARA RESPONDER LA ENCUESTA:

Antes de contestar esta encuesta, es necesario que se tome unos minutos, para identificar una mala noticia que usted generalmente debe dar a sus pacientes. Imagínese que dentro de un momento una persona va entrar a su consultorio y usted debe informarle esa mala noticia que anteriormente identificó.

- Lea las preguntas atentamente, revise todas las opciones y marque con una (X) los ítems de acuerdo a la utilización que le da en la práctica cotidiana y su experiencia personal.
- Siga las instrucciones de cada sección, si le surge alguna duda mientras realiza la encuesta puede preguntar directamente al(a) encuestador(a)
- Evite hacer borrones o enmendaduras.

SECCIÓN I: La siguiente sección es para abordar características sociodemográficas y generales en cuanto a su desempeño dentro del hospital. Complete y marque con una (X) la respuesta más apropiada para usted.

Edad: _____ años **Sexo:** Femenino () Masculino ()

Rol dentro el hospital:

Especialista () Residente 1° año () Residente 2° año () Residente 3° año ()

Especialidad: _____

Años de graduado como médico: _____ años

Sector (área) del hospital donde se encuentra trabajando al momento de la encuesta:

Emergencia () Consultorio externo () Hospitalización () UCI ()

¿Con que frecuencia comunica malas noticias?

- a) Casi nunca (1 a 2 veces/mes)
- b) Usualmente (1 vez/semana)
- c) Frecuente (1 vez/ cada 2 o 3 días)
- d) Muy frecuente (> de 1 vez/día)

¿Cuál es la causa más frecuente, para que usted comunique una mala noticia? (Puede marcar más de una respuesta)

- a) Gravedad de una enfermedad aguda
- b) Descompensación de una enfermedad crónica
- c) Pronóstico de una enfermedad terminal
- d) Procedimiento invasivo/cirugía
- e) Fallecimiento del paciente
- f) Otros: _____

SECCIÓN II: Esta sección está compuesta por preguntas que representan elementos claves de las habilidades comunicativas que podrían ser utilizadas por usted en el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad aguda, crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado y aquellos que se sometan a un procedimiento invasivo/cirugía.

Lea detenidamente las preguntas y luego encierre en un círculo la letra de la alternativa que refleje de acuerdo a la utilización que le da en la práctica cotidiana y su experiencia personal.

1. **Cuando comunica una mala noticia, ¿en qué espacio físico suele hacerlo? (Puede marcar más de una respuesta)**
 - a) Espacio privado
 - b) Pasillo del hospital
 - c) Junto a la cama del paciente
 - d) Otros: _____
2. **¿Suele usar estos espacios con frecuencia en su práctica diaria?**
 - a) Si
 - b) No
3. **¿Cree usted, que la institución donde trabaja posee un ambiente idóneo para la comunicación de malas noticias?**
 - a) Si
 - b) No
4. **Durante la emisión de malas noticias, ¿Qué aspectos explora durante la conversación con el paciente? (Puede marcar más de una respuesta)**
 - a) Lo que sabe el paciente sobre su condición
 - b) Lo que desea saber el paciente
 - c) Lo que preocupa al paciente
 - d) No se toma el tiempo para explorar
 - e) Otro: _____
5. **Cuando comunica una mala noticia, ¿lo realiza de acuerdo a los deseos del paciente?**
 - a) Si
 - b) No
6. **¿Qué tipo de lenguaje suele emplear al comunicar una mala noticia? (Puede marcar más de una respuesta)**
 - a) Claro y sencillo
 - b) Brindando detalles
 - c) Preciso y breve
 - d) Estableciendo confianza
 - e) Brindando esperanza sin tenerla
7. **¿Realiza pausas para responder las interrogantes del paciente?**
 - a) Si
 - b) No
8. **¿Cómo se siente al tratar las emociones del paciente (Por ejemplo: llanto, enojo, negación, desesperación, etc.)?**
 - a) Cómodo
 - b) No muy cómodo
 - c) Incomodo
9. **¿Qué tipo de apoyo brinda al paciente después de comunicar una mala noticia? (Puede marcar más de una respuesta)**
 - a) Informativa
 - b) Emocional
 - c) Espiritual
 - d) Otro: _____
10. **¿Al comunicar una mala noticia usa lenguaje corporal, para crear una relación empática con el paciente?**
 - a) Si
 - b) No

11. Después de comunicar una mala noticia, ¿verifica la comprensión de la noticia por parte del paciente?

- a) Si
- b) No
- c)

12. Cuando da la mala noticia a sus pacientes, ¿tiene en mente un plan o una estrategia coherente?

- a) Si
- b) No

SECCIÓN III: La siguiente sección es para abordar el tipo de formación recibida, dificultad en su proceso de comunicar malas noticias y rescatar la importancia de incluir en los curso de pre y post grado. Lea detenidamente las preguntas y luego encierre en un círculo la letra de la alternativa que considere apropiada.

13. ¿Cómo aprendió a comunicar malas noticias a los pacientes?

- a) Cursos en pregrado
- b) Cursos en postgrado
- c) A través de colegas
- d) Método ensayo error
- e) Otros: _____

14. ¿Cómo te sientes acerca de tu propia capacidad para dar malas noticias?

- a) Muy bien
- b) Bien
- c) Regular
- d) Mal
- e) Muy mal

15. ¿Cree que durante los cursos de pre y post grado deberían introducirse capacitaciones para comunicar asertivamente malas noticias?

- a) Si
- b) No

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

4. Consentimiento informado:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE AMAZONIA PERUANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "Rafael Rojas Donayre"

HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS A PACIENTES Y FAMILIARES EN UN HOSPITAL DE LORETO, 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con número de DNI _____, declaro que he sido informado por la Bachiller en Medicina Humana MAHER SALALHASBAZ ZAPANA MOZOMBITE de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, sobre el trabajo de investigación titulado "HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2019", para optar el grado de MÉDICO CIRUJANO de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Objetivo del estudio: Describir las habilidades que emplean los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias en el Hospital Regional de Loreto «Felipe Arriola Iglesias», 2019.

Participación: Mi participación consistirá en el desarrollo de un cuestionario que tomará 15 minutos de mi tiempo.

Riesgos: No se anticipan efectos ni riesgos negativos durante o después de mi participación en esta investigación.

Beneficios esperados: Están orientados a brindar un panorama sobre como comunican malas noticias los médicos residentes y asistentes del Hospital Regional de Loreto, información que contribuirá en el conocimiento de nuestra realidad, y que serán remitidos a la Facultad de Medicina esperando que nuestras autoridades tomen en cuenta los resultados y creen estrategias para mejorarlo.

Confidencialidad y anonimato: He recibido la seguridad de que el investigador va a mantener estrictamente en confidencialidad la información que comparto.

Participación voluntaria: Declaro que mi participación es voluntaria, no existiendo obligación ni presión, también declaro que después de empezar a participar, puedo detener mi participación, retirarme del lugar de la aplicación del cuestionario en cualquier momento y/o negarme a responder a cualquier pregunta, sin sufrir ninguna consecuencia negativa. Si opto por retirarme, toda la información que he suministrado hasta entonces se eliminará. Si tengo alguna pregunta sobre el estudio, puedo contactar a la investigadora al Cel. 999490246 o correo electrónico: salalhasbaz.zapana.mozombite@gmail.com.

Aceptación: Yo,de acuerdo a lo expuesto, acepto participar en esta investigación, dando mi consentimiento para que los estudiantes apliquen el cuestionario; preparen, expongan y publiquen el informe de la investigación. Como expresión de mi voluntad firmo este consentimiento.

Iquitos,...../...../ 2019

FIRMA

5. Permiso y constancia de aprobación del comité de ética del HRL



“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

MEMORANDO N° 868 - 2019 - GRL - DRS - L / 30.50

A : **MC. César Medina García**
Jefe del Dpto. de Cirugía
MC. Robin Mossner Rengifo
Jefe del Dpto. Centro Quirúrgico
MC. Junior Asio Macedo
Jefe del Dpto. Gineco - Obstetricia
MC. Raúl Seminario Vilca
Jefe del Dpto. Pediatría
MC. Jorge Baldeón Ríos
Jefe del Dpto. Medicina
MC. Fernando Fernandez Ríos
Jefe del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos
MC. Martín Casapia Morales
Jefe del Dpto. Enfermedades Infecciosas y Tropicales

ASUNTO : AUTORIZACIÓN

FECHA : Punchana, 27 de mayo del 2019

Por el presente, comunico a Usted que el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto, (CIEI) luego de la revisión del estudio de Investigación titulada: “**Habilidad para comunicar malas noticias en los médicos residentes y especialistas del Hospital Regional de Loreto, 2019**”, presentada por el Investigador: **Bach. Med. Maher Salalhasbaz Zapana Mozombite**, calificando la investigación de “Riesgo Mínimo”.

Por lo tanto, esta Dirección, autoriza su ejecución, solicitándole le brinde las facilidades del caso, en el servicio a su cargo.

Atentamente;



Cc:
- Interesado
- OADEI
- Unidad de Investigación (CIEI)
- Archivo.
JGGA/MMBP/CJRA/KY&P/JAJ/sadith

6. Revisión del instrumento por expertos:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

El cuestionario titulado **“HABILIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”, 2019”**, fue presentado y validado por siguientes expertos en el tema

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
Hospital Iquitos "César García García"

DR. JULIO CESAR AREVALO SANCHEZ
DOCTOR EN SALUD COLECTIVA
Médico Psiquiatra - Sexología
C.M.P. 9674


Dr. Julissa Arevalo Hbaja Mgr.
C.P.S.P. 18704

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Julio Alvarez Sanchez
- 1.2. Grado Académico: Magister
- 1.3. Profesión: Medico Puericultor
- 1.4. Institución donde labora: Hospital de Salud Sexual y Reproductiva
- 1.5. Cargo que desempeña: JEFE UNIDAD Puericultor
- 1.6. Denominación del instrumento: _____
- 1.7. Autor del instrumento: Bach. Medicina Maher S. Zapana Mozombite

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles			✓		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				✓	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL				3	12	10
SUMATORIA TOTAL					25	


 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 Hospital Iquitos "César Galvez García"
 DR. JULIO CESAR AREVALO SANCHEZ
 DOCTOR EN SALUD COLECTIVA
 Médico Psiquiatra - Sexología
 CMP. 9674

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Arevalo Jibaja Julissa
 1.2. Grado Académico: Maestra
 1.3. Profesión: Psicóloga
 1.4. Institución donde labora: Hospital Regional de Areto
 1.5. Cargo que desempeña: Psicóloga
 1.6. Denominación del instrumento:
 1.7. Autor del instrumento: Coch. Medicina Maher S. Zapana Mozombite

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					12	15
SUMATORIA TOTAL					27	


Ps. Julissa Arevalo Jibaja Mgr.
 C.Ps.P. 18704