



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE  
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y  
DESASTRES SOBRE SU  
PARTICIPACIÓN EN LA  
COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS  
EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA  
DE LOS HOSPITALES DE LIMA Y  
CALLAO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN  
EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y  
DESASTRES

FREDY WILMER HERMENEGILDO  
ALVARADO

LIMA – PERÚ

2023



**ASESOR:**

Mg. Pedro José Ortiz Saavedra

**JURADO DE TESIS**

DR. RAY WILLY TICSE AGUIRRE

PRESIDENTE

MG. MÓNICA LOURDES FLORES NORIEGA

VOCAL

MG. ALBERTO MARTIN GUERRA GARCÍA CAMPOS

SECRETARIO

## **DEDICATORIA.**

A todos los médicos residentes de Medicina de Emergencias del Perú.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi asesor de tesis, Mg. Pedro José Ortiz Saavedra por su paciencia y guía en  
desarrollo de este trabajo.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Tesis Autofinanciada.

# PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES DE LIMA Y CALLAO

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="https://bdigital.uexternado.edu.co">bdigital.uexternado.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://www.conareme.org.pe">www.conareme.org.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
6	<a href="https://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
8	<a href="http://www.actauniversitaria.ugto.mx">www.actauniversitaria.ugto.mx</a> Fuente de Internet	<1%

## TABLA DE CONTENIDOS:

RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
1. Diseño del estudio	
2. Población de estudio	
3. Muestra	
4. Criterios de inclusión	
5. Criterios de exclusión	
6. Instrumentos	
7. Procedimientos y técnicas	
i. Validación por juicio de expertos	
ii. Recolección de la información	
8. Análisis estadístico	
III. RESULTADOS .....	14
1. Validación del instrumento por jueces	
2. Características de la población estudiada	
3. Respuestas al instrumento sobre percepción de CMN	
3.1 Etapa de preparación	
3.2 Etapa de exploración	
3.3 Etapa de comunicación	
3.4 Emociones experimentadas	
3.5 Autopercepción de la capacidad de dar malas noticias	

3.6 Entrenamiento sobre CMN

3.7 Recursos institucionales para la CMN

IV.	DISCUSIÓN .....	34
V.	CONCLUSIONES.....	41
VI.	RECOMENDACIONES.....	42
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
VIII.	ANEXOS	

## **RESUMEN**

**OBJETIVOS:** Determinar las características de la percepción de los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres de Lima y Callao sobre su participación en la Comunicación de Malas Noticias (CMN). **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y transversal realizado en médicos residentes de Medicina de Emergencias y Desastres de Lima y Callao que respondieron la encuesta “Barreras y Facilitadores – CMN” en el año 2019. **RESULTADOS:** Participaron 95 residentes. El 89.5% se siente incómodo para la CMN, 21% preferiría delegar a otra persona, 64.2% se prepara y 88.4% identifica cuanto sabe el paciente sobre su enfermedad, 66.3% identifica la preferencia, 72.6% considera las características culturales y socioeconómicas, 93% utiliza un vocabulario sencillo, 33.6% utiliza diagramas, 74.7% permite interrupciones, 87.3% permiten momentos de silencio o llanto, 17.9% siente ansiedad, 13.7% temor una reacción inesperada, 33.7% tristeza, 33.68% impotencia, 71.58% tiene escasa de preparación en la CMN, 83.16% desea recibir entrenamiento en esta competencia y un 27.4% considera que el tiempo disponible, la privacidad y comodidad de los ambientes son adecuados para la CMN. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los residentes encuestados manifiestan una fuerte carga emocional, escaso entrenamiento, poca disponibilidad de tiempo, de espacios físicos apropiados y deficiente apoyo disponible para esta tarea. También expresan una amplia aceptación a recibir entrenamiento en esta competencia.

### **PALABRAS CLAVE:**

Comunicación, malas noticias, residentes, medicina de emergencias.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** To determine the characteristics of the perception that Emergency and Disaster Medicine residents in Lima and Callao have about their own role in the process of BBN (Breaking Bad News). **MATERIALS AND METHODS:** A descriptive and cross-sectional study was carried out on Emergency and Disaster Medicine residents in Lima and Callao in the year 2019, who completed a survey called "Barriers and Facilitators-BBN". **RESULTS:** 95 residents participated in the study. 89.5% feel uncomfortable to carry out BBN, 21% would rather delegate it to someone else, 64.2% prepare in some way for carrying out BBN and 88.4% first identify the amount of knowledge the patient has about their disease, 66.3% identify preferences and 72.6% take into account cultural and socio-economic factors, 93% use simple vocabulary and 33.6% use diagrams. 74.7% allow interruptions and 87.3% allow moments of silence and crying. 17.9% feel anxiety prior to BBN and 13.7% are afraid of unexpected reactions, 33.7% feel sadness and 33.68% feel helplessness, 71.58% have received little to no preparation for BBN. 83.16% wishes to receive training in this competence, and 27.4% regards the available time, privacy and comfort of the facilities to be adequate for BBN. **CONCLUSIONS:** Most of the residents show a strong emotional burden, little training, and little availability in regards of time, proper spaces and support for the carrying out of BBN. They also express great willingness to receive training in this competence.

**KEYWORDS:** Breaking bad news, residents, emergency medicine.

## I. INTRODUCCIÓN

La comunicación entendida “como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo” es una habilidad básica de la interacción humana y en el ejercicio de la medicina se considera actualmente una competencia fundamental del profesional de la salud susceptible de mejora con el entrenamiento (1,2) . Mejorar la efectividad de la comunicación en medicina no solo nos permitirá dilucidar los problemas diagnósticos y terapéuticos de los pacientes y sus preocupaciones sino también facilitará la adherencia al tratamiento, mejorará la satisfacción del paciente, disminuirá el error médico y los problemas médico-legales (1,3,4) .

En la década de los 70 los educadores médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata que no requería una enseñanza formal. Esta situación cambia en 1999 cuando la Asociación Americana de Escuelas de Medicina concluye que toda escuela de medicina debería evaluar formalmente la calidad de comunicación de sus alumnos y posteriormente el Consejo de Acreditación Médica de USA exige como requisito de acreditación su enseñanza y evaluación formal tanto en pregrado como en posgrado (5–7).

Una eficiente comunicación médico-paciente es una competencia constituida por un conjunto de habilidades clínicas que requieren ser aprendidas y evaluadas formalmente en los diferentes niveles de la educación médica por lo que se reconoce la importancia de introducirla en los planes curriculares (8). Se ha demostrado la eficacia del entrenamiento en comunicación cuando esta se inserta en la malla curricular de las escuelas de medicina (9), la enseñanza de las habilidades

comunicacionales, entre ellas la de comunicar una mala noticia, no se encuentra explícita en los planes curriculares de la mayoría de escuelas de medicina de nuestro país a diferencia de las escuelas de medicina de Norteamérica y Europa (7,9–11) .

Una mala noticia se suele asociar a una condición que compromete seriamente la vida de una persona, por ejemplo, un diagnóstico de una enfermedad terminal, incurable o severamente incapacitante e inclusive el fallecimiento(12) .La magnitud del impacto emocional va a afectar al paciente o a los familiares que la reciben y constituye un efecto que Buckman describe como “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro” (13).

Usualmente los profesionales de la salud aprenden a comunicar malas noticias mediante la observación de otros colegas con más experiencia o a través del ensayo y error. Estas acostumbradas formas no garantizan una comunicación eficiente que evite percances o consecuencia indeseables ya que no hay evidencia científica que la competencia del profesional para comunicar malas noticias mejore con los años sin un entrenamiento específico (14) .

La comunicación de malas noticias (CMN) a los pacientes y sus familiares es una tarea fundamental de comunicación y responsabilidad que llega temprano en la formación y entrenamiento de los médicos no obstante estos la reportan como una experiencia estresante y que la abordan con aprensión, miedo y ansiedad donde tienen dificultad para separar sus propias emociones de la situación clínica (15). La necesidad de comunicar malas noticias es de alta frecuencia en práctica de la especialidad de medicina de emergencia y desastres (16,17). Pese a su alta ocurrencia, los médicos de emergencia la reconocen como una actividad incómoda,

estresante y para la cual se perciben menos preparados tomando en ocasiones posturas despersonalizadas y frías al comunicarlas (18–20).

Lo complejo y desafiante de comunicar una mala noticia asociado a esta deficiente competencia comunicacional puede generar sufrimiento en los pacientes, sus familiares y el mismo profesional de la salud (21) .

El escenario donde desarrollan su entrenamiento los residentes de medicina de emergencia los enfrenta a múltiples factores adversos para la CMN tales como la ocurrencia inesperada de un accidente o condición clínica grave que llevan a paciente y familiares al departamento de emergencia ,la rapidez de toma de decisiones de tratamiento que condiciona a un limitado tiempo de preparación del médico para la CMN y la falta de precisión de la mala noticia en si misma debido a un diagnóstico poco preciso o incertidumbre del pronóstico de la patología que enfrentan (22).

La CMN es un acto de comunicación complejo que exige habilidades de lenguaje verbales y no verbales, empatía, escucha activa, asertividad, baja reactividad y manejo apropiado del silencio (23,24).

La forma de entregar las malas noticias tiene un alto impacto en la relación médico-paciente, si es inadecuada puede causar angustia, confusión y resentimiento y si se realiza de forma correcta, puede ayudar a la comprensión, la aceptación y ajuste de su condición (25,26).

Existen diferentes técnicas para la CMN, las cuales siguen una metodología basada en un conjunto de etapas secuenciales que se realizan de forma ordenada y con un

ritmo que permita interactuar con el paciente y sus familiares tales como el método ABCD descrito por Rabow and McPhee , el protocolo BREAKS propuesto por Vijayakumar Narayanan y el protocolo de SPIKES, éste último más usado y traducido al castellano como el protocolo EPICEE (Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Conocimiento, Empatía y Estrategia) (23,27–30).

La técnica o método de SPIKES es uno de más comentados en la literatura médica sobre comunicación de malas noticias y el más usado para la capacitación y entrenamiento de los profesionales de la salud en esta competencia .Fue diseñado en el año 2,000 por Walter Baile y sus colegas del MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas en Houston principalmente para ser utilizado en pacientes oncológicos con posibilidad de ser adaptados a diferentes campos clínicos (31,32).

Los pasos secuenciales del protocolo SPIKES son los siguientes:

1. S (Setting): Establecer un ambiente o entorno apropiado que ofrezca privacidad, gestionar tiempo para evitar interrupciones, permitirles que estén acompañados, escuchar sus preguntas y responderlas si mostrar apuro, idealmente estar sentado a nivel del paciente que permita un contacto visual y físico con el paciente.
2. P (Perception): Verificar la percepción o conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad. Esto permitirá aclarar interpretaciones erróneas de información previa, conceptos equivocados, falsas expectativas, nivel de entendimiento y estado emocional en relación al proceso.
3. I (Invitation): Invitar a paciente a expresar sus deseos de cómo y cuanta información desea recibir sobre su enfermedad.

4. K (Knowledge/ Communication): Conocer los hechos médicos y su implicación antes de iniciar la conversación, advertir que va comunicar malas noticias, brindar la mala noticia de a pocos para que el paciente pueda asimilarla y confirmar que está siendo comprendido.

5. E (Empathy /Emotions): Identificar las emociones surgidas durante la entrevista, entienda la situación que está viviendo el paciente y permita periodos de silencio o que llore. Exprese frases de empatía que apoye emocionalmente al paciente y que valide la legitimidad de sus sentimientos.

6. S (Strategy). Establecer una estrategia de apoyo y discutir un plan de tratamiento o intervención para lo que ha de acontecer va a mitigar la ansiedad o incertidumbre que genera la mala noticia en sí misma (31–34) .

En países como USA y Reino Unido los programas de residentado de medicina de emergencia reconocen a la CMN como una competencia fundamental dentro del entrenamiento en la relación médico-paciente y desarrollan programas formales que incluyen talleres de conferencias, prácticas de simulación hasta la observación directa de situaciones reales dirigidas a la adquisición de esta competencia (16,35–38).

En nuestro medio se han realizado algunos estudios con respecto a la CMN Ángel Fabrizio Bardales desarrolla un estudio descriptivo en el año 2011 en el Área de Hospitalización Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (incluyó 317 profesionales de la salud entre médicos, licenciados de enfermería y obstetricia). Este estudio utilizó "Cuestionario sobre el proceso de emisión de malas noticias en profesionales de salud - HNGAI" adaptado del original "Breaking Bad News

Questionary" de Robert Buckman y modificado por Wendy García-Reyes (39,40). Las conclusiones más importantes de este estudio son que la fuente principal de conocimientos sobre la CMN es la experiencia diaria, se comunica la mala noticia sin tener mayor conocimiento de los deseos del paciente, las noticias más difíciles de comunicar son el fallecimiento de una persona, comunicar un diagnóstico de mal pronóstico y carece de un lugar adecuado para la emisión de malas noticias.

Otto Guillen-López publica su estudio "Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias" desarrollado en 19 médicos residentes de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017, utilizó un cuestionario que fue diseñado exclusivamente para explorar necesidades de aprendizaje en esta población y que constaba de 14 preguntas estructuradas (información cuantitativa) y 01 pregunta no estructurada donde el residente en sus propias palabras la estrategia que utilizan para la CMN (información cualitativa). Su conclusión más relevante es que la CMN es una actividad frecuente en la práctica médica que generalmente no se enseña (12).

Maher Zapana Mozombite reporta su trabajo de tesis para optar grado de bachiller "Habilidades de los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel, 2019" donde utiliza un cuestionario basado en el Protocolo SPIKES de Robert Buckman que fue autoadministrado en 59 médicos entre especialistas y residentes del Hospital Regional de Loreto. En sus recomendaciones destaca la necesidad de incluir el aprendizaje de las competencias de la CMN desde el pregrado y durante el primer año del residentado médico (41)

A nivel latinoamericano Catalina Payan publica en Colombia el año 2009 su estudio “Barreras y facilitadores en la comunicación de malas noticias: Perspectiva desde la práctica de médicos especialistas” que se desarrolló en 6 hospitales de Medellín con la participación 82 médicos de diferentes especialidades en quienes aplicó la encuesta “Barreras y Facilitadores – Comunicación de Malas Noticias” la cual diseñada por la autora de este estudio y validada por criterio de expertos y sometida a dos pruebas piloto con médicos especialistas (que no formaban parte de la muestra final) para evaluar la comprensión y adecuación de las respuestas. Su conclusiones fueron que las principales barreras comunicativas eran los aspectos emocionales y la escasa formación de los médicos en estrategias comunicativas lo que crea la necesidad de implementar programas de capacitación en CMN (42) .

El perfil profesional de los programas de residentado de medicina de emergencia y desastres en el Perú no menciona de forma explícita a la CMN como una competencia que deba ser desarrollada durante su entrenamiento; esto se comprueba en el documento de los estándares mínimos de formación del residente de esta especialidad publicado por la Comisión Nacional de Residentado Medico (CONAREME) (43) y tampoco se han reportado programas formales de capacitación ni estudios de investigación al respecto en este grupo de médicos residentes expuestos cada vez más a pacientes en situación crítica con alta probabilidad de requerir una CMN en un escenario particular y distinto.

Por ello, resulta importante conocer las características de cómo los residentes de la especialidad de medicina de emergencias y desastres practican esta competencia y como la perciben, lo cual aportará información relevante para el diseño de programas de entrenamiento de forma inmediata sobre CMN.

El objetivo general del presente estudio es determinar las características de la percepción que tienen los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres que trabajan en los servicios de emergencias de los Hospitales de Lima y Callao acerca del proceso de Comunicación de Malas Noticias.

Los objetivos específicos son:

1) Determinar las características de la percepción de los residentes en su participación en las diferentes etapas que comprenden la Comunicación de Malas Noticias (Preparación, Exploración, Comunicación).

2) Determinar la asociación entre la percepción de los residentes con las diferentes etapas que comprenden la comunicación de malas noticias, las emociones que experimenta, la capacitación recibida y las condiciones que ofrecen los hospitales.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

1. Diseño del estudio.

Estudio descriptivo y transversal.

2. Población de estudio.

Médicos residentes de la especialidad de medicina de emergencia y desastres de los hospitales de Lima y Callao.

3. Muestra.

El marco muestral está conformado por todos los residentes de medicina de emergencias y desastres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que respondieron la encuesta “Barreras y Facilitadores – Comunicación de Malas Noticias” en el año 2019.

#### 4. Criterios de inclusión.

- Ser médico residente de la especialidad de medicina de emergencias y desastres de los hospitales docentes de Lima y Callao durante el año 2019.

#### 5. Criterios de exclusión.

- Médico residente de medicina de emergencias y desastres que no acepte voluntariamente a participar del estudio.

- Que realice un llenado incompleto o incorrecto de la encuesta (instrumento).

#### 6. Instrumentos.

Se utilizó la Encuesta Barreras y Facilitadores – Comunicación de Malas Noticias, (BF-CMN) (Anexo N° 2) desarrollada por Enna Catalina Payán en el año 2009 (42) la cual obtiene información relacionada con las diferentes etapas del proceso de la CMN, que son las siguientes: 1) Preparación del entorno en que esta se realizará, 2) Exploración de los conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad y los sentimientos de este o de sus familiares, 3) Comunicación de la mala noticia al paciente o familiares, 4) Emociones que experimenta el medico al comunicar las malas noticias y la capacitación recibida para comunicar las malas noticias, 5) Entrenamiento en la competencia de CMN y, 6) Condiciones que ofrece el hospital al médico para comunicar las malas noticias.

La encuesta está estructurada en 11 preguntas de las cuales 2 tienen opciones de respuestas dicotómicas y 9 opciones de respuesta tipo Likert y validada previamente por criterio de expertos en Colombia. Previa comunicación por correo electrónico con la autora del instrumento, éste fue otorgado y enviado al autor de la tesis para su aplicación en el presente trabajo.

Dado que el escenario donde se realizaría el estudio era diferente, e involucraba situaciones de emergencia a diferencia del realizado por la autora del instrumento, se realizó una validación parcial del instrumento mediante juicio de expertos. Se complementa la encuesta con un formato que recoge información sociodemográfica de los participantes (edad, sexo, estado civil, año de resindentado, años de práctica médica, universidad de estudios de pregrado, universidad de estudios de postgrado y sede hospitalaria de resindentado).

En el formato de consentimiento informado (Anexo N° 1) se definió el concepto de mala noticia y se describieron algunos ejemplos de situaciones de CMN. Una mala noticia se define como “cualquier noticia que va a cambiar drásticamente y negativamente las perspectivas del paciente sobre su futuro” (13). Son ejemplos de situaciones de CMN: comunicar la muerte del paciente a los familiares, comunicar el diagnóstico de una enfermedad de mal pronóstico, incurable o incapacitante al paciente o sus familiares y el empeoramiento de una condición crítica (12,39).

## 7. Procedimientos y técnicas:

### i. Validación por juicio de expertos.

Se realizó la validación de contenido para adecuar la encuesta a nuestro escenario y a nuestra población de estudio, para lo cual se aplicó la validación por juicio de expertos previo a la realización del estudio. El comité de expertos estuvo conformado por 5 especialistas con experiencia en áreas de emergencia donde es una actividad cotidiana el comunicar malas noticias. Se solicitó la participación voluntaria de 5 expertos, médicos que se dedican a la docencia, y que estén familiarizados con el entorno de salud local, así como con el proceso de comunicación de malas noticias.

La relación de miembros del comité de expertos confirmado es la que se muestra en la tabla 1.

Tabla N° 1. Confirmación del comité de expertos

EXPERTO	ESPECIALIDAD	DOCENCIA	SEDE	EXPERIENCIA
AGC	Medicina interna	UPCH	HNAL	Coordinadora general de residentado en medicina, UPCH. Medico asistente del servicio de emergencia
OGL	Medicina interna	UPCH	HNAL	Publicaciones sobre comunicación de malas noticias. Medico asistente de Medicina Interna
LLC	Medicina de emergencia y desastres	UNMSM	HEJCU	Presidente Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y desastres. Medico emergenciólogo
AOM	Medicina Interna	UPCH	HNAL	Jefe de Especialización, Unidad de Postgrado, UPCH, Publicación sobre comunicación de malas noticias. Medico Asistente de Medicina Interna

MRM	Medicina de emergencia y desastres	UNMSM	HCFAP	Jefe del departamento de emergencia y cuidados críticos del Hospital Central de la FAP. Médico emergenciólogo.
-----	--	-------	-------	--

Se envió a los miembros del comité la encuesta, así como los instrumentos para que otorguen su opinión en relación a diversos dominios de evaluación y su aplicabilidad en nuestro medio y a la población de estudio: (Anexo N° 3); los dominios evaluados fueron la claridad semántica, la claridad gramatical, comprensión y ambigüedad de las preguntas.

El comité de expertos contrastó la relevancia entre los ítems de la versión traducida y la original mediante la siguiente escala ordinal: 1 (no relevante), 2 (no se puede evaluar la relevancia), 3 (relevante, pero necesita poca alteración), 4 (muy relevante y sucinto) a partir de lo cual se calculó concordancia entre las observaciones.

Con los resultados del comité de expertos se decidiría la eliminación de algún ítem y se realizaría nuevamente una segunda evaluación por los jueces para determinar si se requiere alguna modificación. De no haber modificaciones, se mantendría la escala original y se pasaría a la etapa de recolección de información.

#### ii. Recolección de la información.

El instrumento y el consentimiento informado fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia el 20 de julio del 2018 con el código de aprobación: 102160.

Con los formatos aprobados el autor acudió a 2 sesiones de la reunión mensual de residentes de medicina de emergencias y desastres de los hospitales de Lima y Callao desarrolladas durante el año del 2019 y organizada por el comité de acción científica de la Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres. En dicha reunión académica se congrega a todos los residentes de la mencionada especialidad de todas las sedes hospitalarias de Lima y Callao.

Se invitó personalmente a cada residente de la especialidad que acudieron a las reuniones académicas mensuales a participar del estudio y todos los residentes aceptaron a participar del estudio respondiendo la encuesta. Se les entregó el formato de consentimiento informado y un sobre tipo manila que contenía la encuesta. A todos los participantes se le explico que su participación requería de firmar el formato de consentimiento informado y responder completamente la encuesta. Estos documentos fueron recogidas al término de cada reunión en su respectivo sobre manila cerrado para garantizar la privacidad de las respuestas del participante.

#### 8. Análisis Estadístico.

Para la evaluación de la validez de contenido del instrumento se utilizó la Prueba Binomial para determinar la concordancia entre los miembros del comité de expertos. Para la fase de aplicación del instrumento, los datos obtenidos se ingresarán al programa Excel para posteriormente realizar la estadística descriptiva, con medidas de frecuencia y de tendencia central. Se determinará la asociación entre las percepciones y las emociones que experimenta, la capacitación recibida, las condiciones que ofrecen los hospitales con las características de los residentes mediante el test de Chi-cuadrado.

### **III. RESULTADOS.**

Durante las reuniones asistidas se logró recabar información de 98 participantes, de los cuales tres fueron excluidos por no haber completado correctamente el llenado de la encuesta por lo que se obtuvo 95 participantes que finalmente cumplieron los criterios de inclusión del estudio.

#### **1. Validación del instrumento por jueces.**

Los jueces no realizaron observaciones o comentarios para modificar la redacción de la encuesta. No se realizó modificación adicional o se eliminó alguna pregunta a la encuesta original. El valor de  $p$  de la prueba binomial en todos los ítems fue  $<0.05$ , con lo cual concluimos que hubo una concordancia significativa entre los expertos en cada pregunta del cuestionario aplicado. El formato de la ficha de evaluación por jueces se muestra en el Anexo N° 3.

#### **2. Características de la población estudiada**

Se obtuvo información de 95 residentes de la especialidad de medicina de emergencias y desastres que se encontraban desarrollando su residentado médico en alguna de las 14 sedes hospitalarias docentes de la ciudad de Lima y Callao durante el año 2019 quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio y llenaron correctamente la encuesta “Barreras y Facilitadores – Comunicación de Malas Noticias”.

El promedio de edad fue de 31.1 años (DE: 4.1, rango: 25-49 años) y el tiempo de práctica de la medicina promedio fue de 4.3 años (DE: 1.3, rango 1 a 18 años). Un 53% de los participantes eran del sexo masculino (53%) y la mayoría eran solteros (67%). Un 71% de los médicos residentes realizó los estudios de pregrado en una universidad privada y la procedencia de la sede hospitalaria fue mayoritariamente

del Ministerio de Salud (60%). El tiempo de práctica médica, la distribución de los participantes el año de resindentado y las demás características de la población evaluada se muestran en la Tabla N°2.

Tabla N° 2. Características de la población estudiada

Variables	Número (%)
Edad	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Menor o igual a 30 años</li> <li>● Mayor de 31 años</li> </ul>	<p>48 (50%)</p> <p>47 (50%)</p>
Sexo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femenino</li> <li>● Masculino</li> </ul>	<p>45 (47%)</p> <p>50 (53%)</p>
Estado civil	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soltero</li> <li>● Divorciado</li> <li>● Casado</li> <li>● Conviviente</li> </ul>	<p>64 (67%)</p> <p>1 (1%)</p> <p>23 (24%)</p> <p>7 (8%)</p>
Año de residencia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● R1</li> <li>● R2</li> <li>● R3</li> <li>● R4</li> </ul>	<p>36 (38%)</p> <p>35 (37%)</p> <p>23 (24%)</p> <p>1 (1%)</p>

<b>Tiempo de práctica médica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 a 2 años</li> <li>● 3 a 5 años</li> <li>● 6 a 10 años</li> <li>● Más de 10 años</li> </ul>	28 (30%) 48 (50%) 15 (16%) 4 (4%)
<b>Universidad de estudios de pregrado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nacional</li> <li>● Privada</li> </ul>	27 (29%) 67 (71%)
<b>Sede hospitalaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● MINSA</li> <li>● EsSALUD</li> <li>● Fuerzas armadas y otros</li> </ul>	57 (60%) 26 (27.4%) 12 (12.6%)

### 3. Respuestas al instrumento sobre percepción de CMN

Un 89.5% (85 residentes) de los encuestados se sienten - en diferente grado- incómodos al saber que tiene que comunicar una mala noticia al paciente y/o familiares (Tabla N°3). Un 21% de los participantes (20 residentes) prefieren que sea otra persona quien comunique las malas noticias al paciente y/o la familia, y de ellos, un 60% (12 residentes) prefiere que lo haga otro médico (30%, 6 residentes) o un psicólogo (30%, 6 residentes), (Tabla N° 4).

Tabla N°3. Percepción de incomodidad al saber que debe realizar la CMN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada	10	10.53%
Poco	50	52.63%
Moderado	30	31.58 %
Mucho	5	5.26
TOTAL	95	100.00%

Tabla N°4. Tipo de profesional que el participante prefiere que realice la CMN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Otro medico	12	60%
Psicólogo	6	30%
Trabajadora Social	1	5%
Psiquiatra	1	5%
Total	20	100%

Se encontró asociación entre el sexo del residente y la preferencia porque sea otra persona quien comunique la mala noticia (12% de varones vs. 31% de mujeres,  $p = 0.023$ ).

Las respuestas específicas a las preguntas del cuestionario referentes a las etapas de preparación, exploración y comunicación de la CMN se muestran en la Tabla N° 5.

Tabla N° 5. Respuestas las etapas de preparación, exploración y comunicación del proceso de CMN del cuestionario.

<b>Etapa de preparación</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Nunca lo utilizo (%)</b>	<b>A veces lo utilizo (%)</b>	<b>Generalme nte lo utilizo (%)</b>	<b>Siempre lo utilizo (%)</b>	<b>Total (%)</b>
Se asegura de conocer en su totalidad los detalles de la historia clínica del paciente	0	5 (8.2%)	18 (29.5%)	38 (62.3%)	61 (100%)
Se asegura que en el encuentro con el paciente haya privacidad y evita interrupciones	0	6 (9.9%)	29 (47.5%)	26 (42.6)	61 (100%)
Se asegura de que el tiempo disponible para dar la mala noticia a su paciente y/o familiares sea suficiente	0	7 (11.5%)	35 (57.4%)	19 (31.1%)	61 (100%)
Realiza un ensayo mental de cómo es mejor dar la noticia a su paciente y/o familiares	4 (6.6%)	24 (39.3%)	20 (32.8%)	13 (21.3%)	61 (100%)
Anota datos importantes de que debe o no decir a su paciente y/o familiares durante la entrega de la mala noticia	20 (32.8%)	16 (26.2%)	19 (31.2%)	6 (9.8%)	61 (100%)
Identifica las emociones que usted tiene antes de dar la mala noticia.	7 (11.5%)	19 (31.2%)	24 (39.3%)	11 (18%)	61 (100%)

Usted asume que el significado que le da a la mala noticia (si es o no importante), es el mismo para el paciente y/o familiares	2 (3.3%)	18 (29.5%)	30 (49.2%)	11 (18%)	61 (100%)
<b>Etapa de exploración</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Nunca (%)</b>	<b>A veces (%)</b>	<b>Generalmente (%)</b>	<b>Siempre (%)</b>	<b>Total</b>
Conoce a los acompañantes del paciente y la relación que estos tienen con él	4 (4.2%)	32 (33.7%)	42 (44.2%)	17 (17.9%)	95 (100%)
Identifica cuanto sabe el paciente sobre su estado o enfermedad	1 (1.1%)	10 (10.5%)	49 (51.6%)	35 (36.8%)	95 (100%)
Identifica las preferencias del paciente en qué y cuánta información desea tener	5 (5.3%)	27 (28.4%)	50 (52.6%)	13 (13.7%)	95 (100%)
Identifica las emociones del paciente antes de recibir la mala noticia	0	23 (24.2%)	62 (65.3%)	10 (10.3%)	95 (100%)
Tiene en cuenta las características culturales y socio-económicas del paciente	3 (3.2%)	23 (24.2%)	50 (52.6%)	19 (20%)	95 (100%)
<b>Etapa de comunicación</b>					

<b>Pregunta</b>	<b>Nunca (%)</b>	<b>A veces (%)</b>	<b>Generalme nte (%)</b>	<b>Siempre (%)</b>	<b>Total</b>
Utiliza un vocabulario sencillo y evita la jerga médica	0	6 (6.3%)	56 (58.9%)	33 (34.8%)	95 (100%)
Da la información por partes (pequeños trozos) con el fin de que el paciente y/o familiares comprendan a totalidad	7 (7.3%)	14 (14.7%)	52 (54.7%)	22 (23.3%)	95 (100%)
Comprueba frecuentemente que el paciente y/o familiares estén comprendiendo la información	0	2 (2.1%)	54 (56.8%)	39 (41.1%)	95 (100%)
Usa diagramas y dibujos que faciliten la explicación	24 (25.3%)	39 (41.1%)	24 (25.2%)	8 (8.4%)	95 (100%)
Se esfuerza por mantener un equilibrio entre la sinceridad, la compasión y la esperanza	1 (1.1%)	21 (22.1%)	54 (56.8%)	19 (20%)	95 (100%)
Permite que el paciente y/o familiares interrumpan cuando tiene dudas o necesitan aclarar algo ya explicado	0	24 (25.3%)	50 (52.6%)	21 (22.1%)	95 (100%)
Tolera y permite los momentos de silencio y de llanto	1 (1.1%)	11 (11.6%)	51 (53.6%)	32 (33.7%)	95 (100%)

Anima al paciente y/o familiares para que expresen sus emociones	7 (7.4%)	38 (40%)	39 (41%)	11 (11.6%)	95 (100%)
Identifica las reacciones emocionales en el paciente y/o familiares que son foco de atención inmediata (miedo, ansiedad, tristeza, ideación suicida, entre otros).	3 (3.2%)	22 (23.2%)	55 (57.9%)	15 (15.7%)	95 (100%)
Se asegura de que su paciente y/o familiares reciban el soporte emocional por otro profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra) en caso de ser necesario	19 (20%)	38 (40%)	27 (28.4%)	11 (11.6%)	95 (100%)
Evita la utilización de palabras como muerte, cáncer, enfermedad terminal, crónica, degenerativa, entre otras, cuando le está dando la mala noticia a su paciente	22 (23.2%)	35 (36.8%)	33 (34.7%)	5 (5.3%)	95 (100%)
Se da cuenta de las emociones que usted siente en el momento de comunicar la mala noticia	6 (6.3%)	26 (27.4%)	53 (55.8%)	10 (10.5%)	95 (100%)

Para finalizar, formula en conjunto con el paciente y/o familiares un plan a seguir	8 (8.4%)	27 (28.4%)	51 (53.7%)	9 (9.5%)	95 (100%)
---	----------	---------------	---------------	-------------	--------------

#### 4. Etapa de preparación

Un 64.21% (61 residentes) refiere que se prepara de alguna manera para dar malas noticias a un paciente y/o su familia. El 91.8% de aquellos quienes se preparan para comunicar la mala noticia afirman que generalmente o siempre se asegura de conocer en su totalidad los detalles de la historia clínica del paciente previamente. El 90.1 % reportan que generalmente o siempre se asegura que en el encuentro con el paciente haya privacidad y evita interrupciones; el 88.5 % responden que generalmente o siempre se asegura de que el tiempo disponible sea suficiente; y, el 54.1 % reportan que generalmente o siempre realiza un ensayo mental previo.

El 41% de aquellos que se preparan para comunicar la mala noticia reportan que generalmente o siempre anotan datos importantes; el 57.3 % reportan que generalmente o siempre identifican las emociones que tienen antes de dar la mala noticia, y un 67.2 % generalmente o siempre asumen que el significado que le da a la mala noticia es el mismo para el paciente y/o familiares.

Se encontró asociación entre el año de residencia cursado y la preparación para dar la mala noticia (58.3% de los R1 vs 91.7% de los R3,  $p = 0.007$ ).

## 5. Características de la etapa de exploración.

El 62.1 % de los encuestados generalmente o siempre conoce a los acompañantes del paciente y la relación que estos tienen con él; un 88.4% generalmente o siempre identifica cuanto sabe el paciente sobre su estado o enfermedad; y un 66.3 % de los encuestados generalmente o siempre identifica las preferencias del paciente sobre qué y cuánta información desea tener.

El 75.8 % de los encuestados generalmente o siempre identifican las emociones del paciente y el 72.6% de los encuestados generalmente o siempre tienen en cuenta las características culturales y socio-económicas del paciente.

## 6. Etapa de comunicación

El 93% de los encuestados generalmente o siempre utiliza un vocabulario sencillo y evita la jerga médica; un 78% de los encuestados generalmente o siempre da la información por partes con el fin de que se comprendan a totalidad; el 97.9% de los encuestados generalmente o siempre comprueban frecuentemente que se esté comprendiendo la información y solo un 33.6% de los encuestados generalmente o siempre usan diagramas y dibujos que faciliten la explicación.

Un 76.8 % de los encuestados generalmente o siempre se esfuerza por mantener un equilibrio entre la sinceridad, la compasión y la esperanza; un 74.7 % de los encuestados generalmente o siempre permite que interrumpan cuando existen dudas o necesitan aclarar algo ya explicado; el 87.3% de los encuestados generalmente o siempre tolera y permite los momentos de silencio y de llanto; y un 52,6 % de los encuestados generalmente o siempre anima al paciente y/o familiares para que expresen sus emociones.

El 73.6 % generalmente o siempre identifican las reacciones emocionales que son foco de atención inmediata (miedo, ansiedad, tristeza, ideación suicida, entre otros) y un 40% generalmente o siempre se aseguran de que reciban el soporte emocional por otro profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra) en caso de ser necesario.

El 40% de los encuestados generalmente o siempre evitan la utilización de palabras como muerte, cáncer, enfermedad terminal, crónica, degenerativa, entre otras; el 66.3 % generalmente o siempre se dan cuenta de las emociones que sienten al momento de comunicar la mala noticia mientras; y el 63.2% generalmente o siempre formulan un plan a seguir al finalizar el proceso.

#### 7. Emociones experimentadas

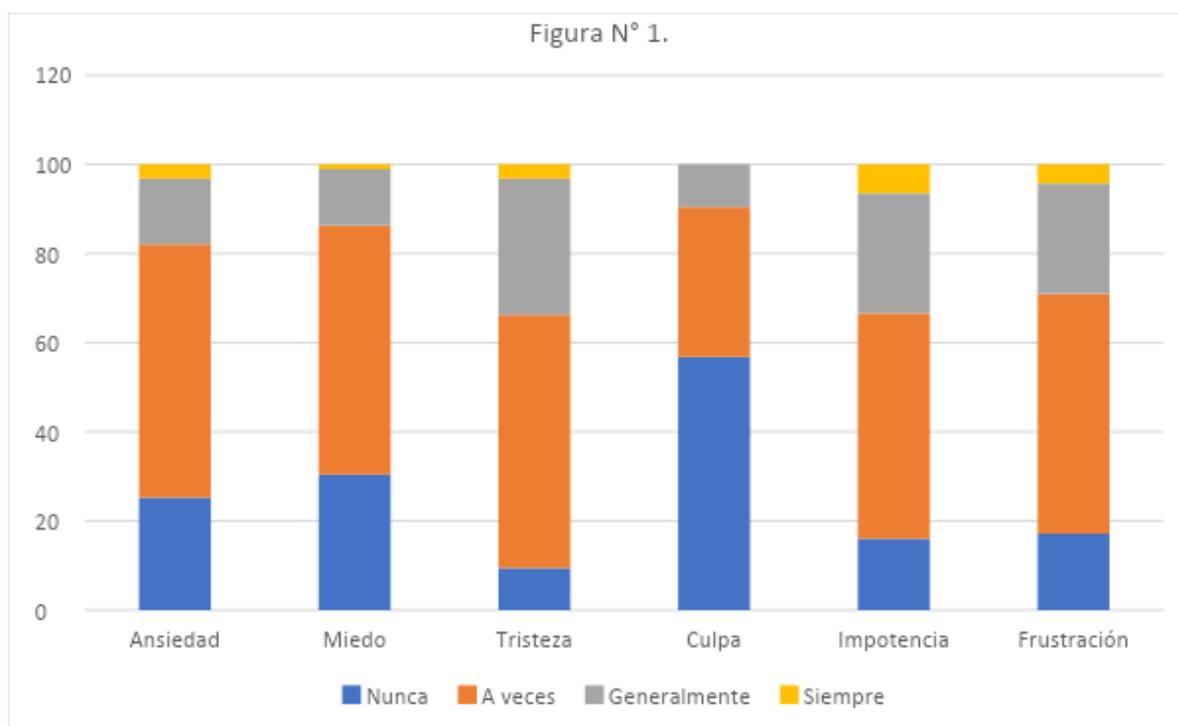
Las emociones percibidas por los residentes durante el proceso de comunicación de malas noticias se describen en la Tabla N°6 y en la Figura N°1.

**Tabla N° 6** Las emociones percibidas por los residentes durante el proceso de comunicación de malas noticias

<b>Pregunta</b>	<b>Nunca (%)</b>	<b>A veces (%)</b>	<b>Generalmente (%)</b>	<b>Siempre (%)</b>	<b>Total</b>
Ansiedad por comunicar la mala noticia de manera que no genere mayor sufrimiento en el paciente y/o familiares	24 (25.26%)	54 (56.84%)	14 (14.74%)	3 (3.16%)	95 (100%)

Miedo a que el paciente y/o familiares reaccionen de una forma inesperada (negación, llanto, ira o agresión incontrolables)	29 (30.53%)	53 (55.79%)	12 (12.63%)	1 (1.05%)	95 (100%)
Tristeza por pensar en lo que le espera al paciente y/o familiares en el futuro	9 (9.47%)	54 (56.84%)	29 (30.53%)	3 (3.16%)	95 (100%)
Culpa por ser el portador de la mala noticia	54 (56.84%)	32 (33.68%)	9 (9.47%)		95 (100%)
Impotencia por no poder cambiar la situación actual del paciente y/o familiares	16 (16.84%)	47 (49.47%)	26 (27.36%)	6 (6.32%)	95 (100%)
Frustración porque la situación o evolución de la enfermedad no resulta como usted esperaba o desearía	16 (16.84%)	52 (54.74%)	23 (24.21%)	4 (4.21%)	95 (100%)

Figura N°1. Las emociones percibidas por los residentes durante el proceso de comunicación de malas noticias



El 17.9% de los residentes responden que generalmente o siempre sienten ansiedad por comunicar la mala noticia de manera que no genere mayor sufrimiento; el 13.7% de los encuestados reportan que generalmente o siempre sienten miedo a que el paciente y/o familiares reaccionen de una forma inesperada como negación, llanto, ira o agresión incontrolables. Se encontró asociación entre los años de práctica médica y el miedo a que el paciente o familiares reaccionen de una forma inesperada (21.3% en aquellos con menos de 3 años de práctica vs. 4.2% en aquellos con más de 4 años,  $p = 0.045$ ).

El 33.7 % de los residentes generalmente o siempre sintieron tristeza por pensar en lo que le espera al paciente y/o familiares en el futuro; el 9.47 de los encuestados responde que generalmente o siempre siente culpa por ser el portador de la mala

noticia. Se encontró asociación entre los años de práctica médica y el sentimiento de culpa (17% en aquellos con menos de 3 años de práctica vs. 2% en aquellos con más de 4 años,  $p = 0.041$ ). El 33.68 % de los residentes generalmente o siempre sintió impotencia por no poder cambiar la situación actual del paciente y/o familiares, y el 28.42% de los residentes generalmente o siempre sintieron frustración porque la situación o evolución de la enfermedad no resulto como ellos esperaban o deseaban. Se encontró asociación entre la edad del residente y el sentimiento de frustración (36.96% en menores de 30 años vs 21.3% en mayores de 31 años,  $p = 0.044$ ).

#### 8. Autopercepción de la capacidad de dar malas noticias

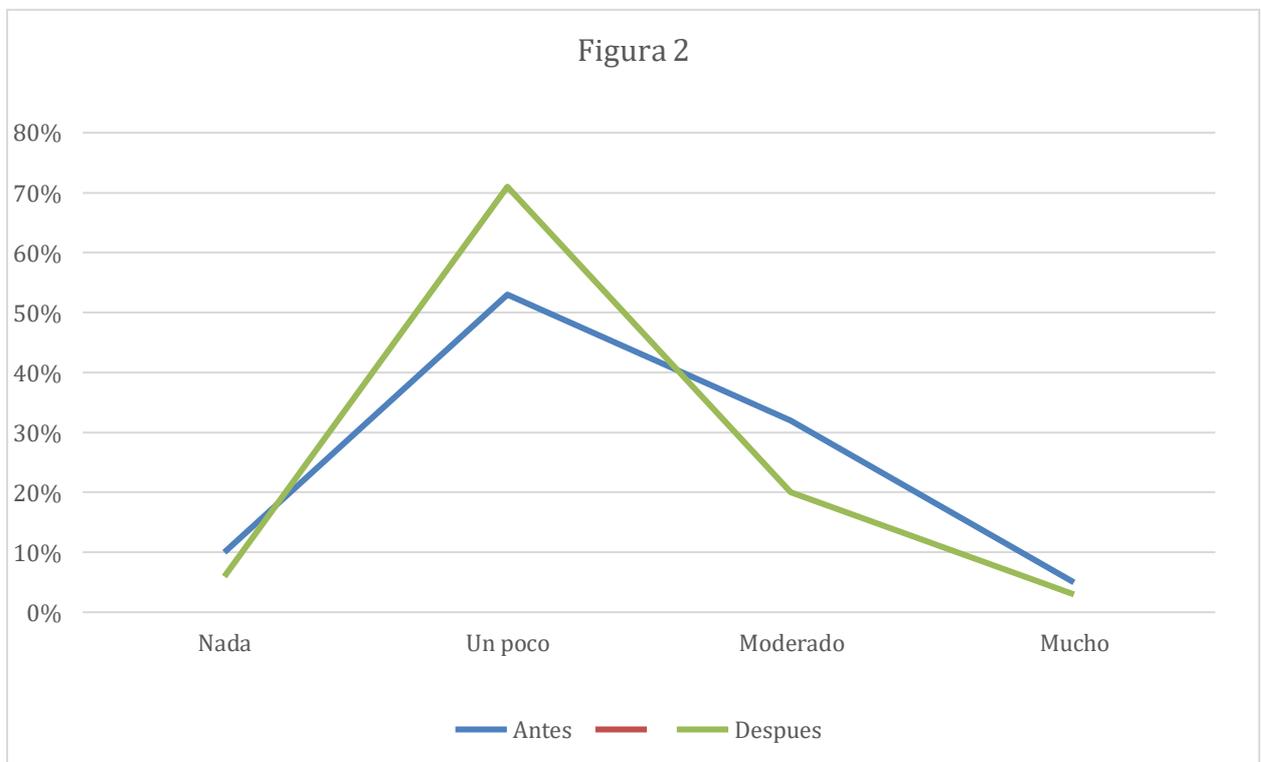
La mayoría de los residentes, 84% (80), se siente entre poco y moderadamente incomodo al saber que debe informar una mala noticia. Un 90% (86) responde sentirse entre poco y moderadamente incomodo cuando se le pregunta acerca de cómo se siente al finalizar el proceso (ver Tabla N° 7 y Figura 2).

**Tabla N° 7** Autopercepción de la capacidad de dar malas noticias.

<b>Pregunta</b>	<b>Nada (%)</b>	<b>Un poco (%)</b>	<b>Moderad o (%)</b>	<b>Mucho (%)</b>	<b>Total (%)</b>
¿Qué tan incómodo se siente al saber que debe informar a su paciente y/o familiares una mala noticia?	10 (10.53%)	50 (52.63%)	30 (31.58%)	5 (5.26%)	95 (100%)

Al finalizar el encuentro con su paciente y/o familiares, y después de darle la mala noticia, ¿qué tan incómodo se siente?	6 (6.3%)	67 (70.5%)	19 (20.00%)	3 (3.2%)	95 (100%)
--	----------	------------	-------------	----------	-----------

Figura N° 2. Auto percepción de la capacidad de dar malas noticias



### 9. Entrenamiento sobre CMN.

Con respecto al entrenamiento recibido con respecto a la comunicación de las malas noticias, los residentes respondieron a las preguntas de la forma descrita en la Tabla N° 8.

**Tabla N° 8.** Entrenamiento sobre comunicación de malas noticias

<b>Pregunta</b>	<b>Ninguno</b> (%)	<b>Poco</b> (%)	<b>Moderad</b> <b>o (%)</b>	<b>Mucho</b> (%)	<b>Total</b>
Conoce los aspectos necesarios a tener en cuenta para dar malas noticias a sus pacientes (guías clínicas de cómo dar malas noticias)	15 (15.8%)	45 (47.4%)	29 (30.5%)	6 (6.3%)	95 (100%)
A lo largo de su carrera o práctica profesional ha recibido preparación en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias	28 (29.5%)	40 (42.1%)	27 (28.4%)	0	95 (100%)
Tiene usted entrenamiento profesional específico (no empírico) en intervención en crisis emocionales	40 (42.1%)	34 (35.8%)	20 (21%)	1 (1.1%)	95 (100%)
Le gustaría recibir preparación en habilidades comunicativas que puedan facilitar el proceso de dar malas noticias a sus pacientes y/o familiares	4 (4.2%)	12 (12.6%)	34 (35.8%)	45 (47.4%)	95 (100%)

El 63.2 % de los residentes conoce poco o nada de los aspectos necesarios a tener en cuenta para dar malas noticias a sus pacientes (guías clínicas de cómo dar malas noticias) mientras que el 30% responde tener un moderado conocimiento y solo el 6% refiere conocer bastante al respecto. El 71.58 % de los residentes han recibido poco o nada de preparación en habilidades comunicativas al proceso de dar malas noticias a lo largo de su formación profesional mientras que solo el 28.4% han recibido una moderada capacitación al respecto.

El 77.9% de los residentes tiene poco o ningún entrenamiento específico de intervención en crisis emocionales mientras que el 21% reportan tener un moderado entrenamiento y solo el 1.1 % refiere tener mucho entrenamiento al respecto. Se encontró asociación entre el sexo del residente y el entrenamiento profesional específico (no empírico) en intervención en crisis emocionales (26% en varones, vs. 17.7% en mujeres,  $p = 0.024$ ). El 83.16 % de los residentes tienen moderado a mucho gusto en recibir preparación en habilidades comunicativas que puedan facilitar el proceso de dar malas noticias a sus pacientes y/o familiares. No se encontró diferencias en el entrenamiento sobre Comunicación de Malas Noticias y la universidad de pregrado donde estudió la carrera de medicina mientras que solo un 16.8% tendría poco o ningún interés en recibir este tipo de entrenamiento.

## 10. Recursos institucionales para la CMN

Con respecto a los recursos con los que cuenta la institución, sede docente del residentado, para facilitar la comunicación de las malas noticias, los residentes respondieron a las preguntas de la forma descrita en la tabla N°9.

**Tabla N°9.** Recursos institucionales para comunicar malas noticias

<b>Pregunta</b>	<b>Nunca</b>	<b>En ocasiones</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>	<b>Total</b>
El tiempo del que usted dispone en su práctica clínica es suficiente para dar una mala noticia	6 (6.3%)	63 (66.3%)	20 (21.1%)	6 (6.3%)	95 (100%)
Las características espaciales (privacidad, comodidad) de la institución en la que usted trabaja son las adecuadas para dar una mala noticia a un paciente y/o familiares	26 (27.3%)	43 (45.3%)	24 (25.3%)	2 (2.1%)	95 (100%)
En la institución en la que usted trabaja hay posibilidad de acceder a apoyo de otros profesionales para que acompañen el proceso de dar	14 (14.8%)	50 (52.6%)	23 (24.2%)	8 (8.4%)	95 (100%)

malas noticias a los pacientes y/o familiares					
Si en su institución existe este recurso, ¿con que frecuencia lo utiliza?	26 (27.4%)	48 (50.5%)	13 (13.7%)	8 (8.4%)	95 (100%)
En la institución en la que usted trabaja existe apoyo para que los médicos puedan abordar y manejar las emociones desencadenadas del proceso de dar malas noticias a los pacientes y/o familiares (psicología, trabajo social, entre otros)	34 (35.8%)	39 (41.1%)	15 (15.8%)	7 (7.3%)	95 (100%)

El 27.39 % de los residentes responde que siempre o casi siempre el tiempo que dispone en su práctica clínica es suficiente para dar una mala noticia mientras que el 66.3 % refiere que solo en ocasiones este tiempo es suficiente y el 6.3 % este tiempo nunca es suficiente. El 27.37 % de los residentes responde que las características de privacidad o comodidad de la institución en la que trabaja son las adecuadas para dar una mala noticia a un paciente y/o familiares mientras que el 45,3 % responde que solo en ocasiones disponen de estos espacios y el 27.3 % reportan que nunca disponen de estos ambientes para la comunicación de la mala noticia.

El 52.6 % de los residentes responde que en los hospitales docentes donde laboran en ocasiones hay posibilidad de acceder a apoyo de otros profesionales para que acompañen el proceso de dar malas noticias a los pacientes y/o familiares, el 27.4 % siempre o casi siempre tienen esta posibilidad y un 14.8 % reportan que nunca cuentan con esta posibilidad. Un 50.5 % de residentes responde que en ocasiones utilizan el recurso de apoyo de otros profesionales para el proceso de comunicación de las malas noticias mientras que un 22.1 % siempre o casi siempre lo utiliza y un 27.3% nunca utiliza estos recursos. El 41.1% de los residentes responden que en su sede hospitalaria en ocasiones existe apoyo psicológico para que los médicos puedan abordar y manejar las emociones desencadenadas del proceso de dar malas noticias a los pacientes y/o familiares mientras que un 23.1% siempre o casi siempre cuentan con este apoyo y el 35.8 % reportan que nunca cuentan con este tipo de apoyo.

No se encontró asociación entre la percepción de los residente respecto a los diferentes aspectos evaluados en el rubro de Recursos Institucionales o condiciones que ofrecen los hospitales para la CMN tales como tiempo disponible para comunicar la mala noticia, disponibilidad de ambientes físicos apropiados, apoyo de otros profesionales durante el proceso de CMN y apoyo al médico residente para abordar y manejar las emociones desencadenadas del proceso de comunicar malas noticias.

#### **IV. DISCUSIÓN**

Nuestro estudio encuentra que la mayoría de los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres tienen un escaso conocimiento y entrenamiento formal sobre el proceso de CMN; asimismo manifiesta incomodidad al participar en dicho proceso y finalmente mencionan que tienen poca disponibilidad de tiempo, espacios físicos apropiados y deficiente apoyo de otros profesionales durante el proceso de CMN.

Estos hallazgos reflejan un vacío de capacitación en esta competencia y que los residentes intentan llenar con actividades que probablemente adquirieron durante sus años de entrenamiento, pero de forma no estructurada. Por ello la necesidad de instaurar programas de entrenamiento para dotar a los residentes de las herramientas necesarias para una adecuada CMN (44,45) .

Como ejemplo de ello nuestro trabajo muestra que, si bien una proporción importante de los residentes optaría por delegar la función de la CMN a otro profesional, un 65% refiere que se prepara de alguna manera asegurándose de conocer los detalles de la historia clínica, que haya privacidad en el encuentro y de tener el tiempo disponible suficiente para realizar la CMN. Asimismo, la mayoría refiere que se preocupa por conocer la relación de los acompañantes con el paciente y de identificar cuanto conocen sobre la enfermedad, las emociones del paciente o familiares e igualmente tienen en cuenta las características socioculturales de estos antes de que se le comunique la mala noticia.

Nuestros resultados también muestran una adecuada intención por conocer y explorar, en función de las características culturales y socioeconómicas, cuanto conocimiento existe por parte de los pacientes y familiares, sus preferencias de que

y cuanta información desean tener sobre la condición médica que padecen, situación que ha sido descrita, con diferentes cifras, en otros estudios (46, 47).

Una explicación de estos hallazgos resulta debido a que la mayoría de los médicos egresados en el país, realizan un año de servicio rural y urbano marginal que los expone a diferentes matices culturales y socioeconómicos que le permiten tener ciertas habilidades para usarlas al momento de la comunicación. Asimismo, el ejercicio de la medicina de emergencia enfrenta de forma precoz y cotidiana a los médicos residentes de esta especialidad a pacientes en condiciones críticas que los ponen en inminente riesgo de perder la vida o quedar con secuelas invalidantes (16,18).

Aun así, la comunicación en escenarios de condiciones críticas y poco comprendidas por la familia constituye todo un reto y una experiencia estresante para los residentes de emergencia teniendo en cuenta que la naturaleza de su trabajo es un contexto favorable para cometer errores en la comunicación de la mala noticia por lo que se hace necesaria una preparación formal y estructurada (48,49).

Una evidencia de la falta de entrenamiento formal en CMN en nuestro estudio es la baja proporción del uso de las herramientas que posee el proceso de la CMN como dibujos o diagramas para facilitar su explicación lo cual contrasta con lo reportado por Payan quien reporta un 50% (42). Además de su falta de conocimiento otra explicación a esta diferencia podría ser en el hecho que la labor en el servicio de emergencia es distinta, y probablemente se dispone de menor tiempo en un ambiente no controlado para la CMN. Estos diagramas facilitadores para la comunicación deben ser introducidos en los programas de entrenamiento del

residente de emergencia pues es altamente probable que no se utiliza por falta de conocimiento.

Un aspecto deficiente del proceso de comunicación de las malas noticias es el bajo porcentaje de médicos residentes que se preocupan por asegurar un soporte emocional por otro profesional como un Psicólogo, Trabajador Social o Psiquiatra que podría requerir el paciente o sus familiares luego de recibir la mala noticia. Si bien el escenario clínico a cuál se ven expuestos los residentes de emergencia y desastres exige un trabajo cuya prioridad es la compensación o reanimación de los pacientes críticos, se debe tomar en cuenta la alta carga emocional y el impacto negativo en la salud mental de los pacientes y familiares cuando la comunicación de la mala noticia se realiza de manera inapropiada (54,55).

Considerando lo complejo y trascendente que la mala noticia puede ser en la vida del paciente y/o familia, resulta necesario contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud mental tales como Psicólogo o Psiquiatra y Trabajador Social que pueda complementar con contención emocional, orientación y acompañamiento en la realización de trámites necesarios que ayude al paciente y/o familia a afrontar este proceso (56).

Nuestro estudio muestra una variedad de proporciones y tipos de emociones percibidas por los residentes durante el proceso de CMN, también descritos en diferentes estudios publicados en diversas proporciones (12,57,42). Las diversas emociones percibidas por el médico quien comunica la mala noticia usualmente no

son exploradas ni atendidas, pero deben ser evaluadas y tratadas debido al impacto negativo que estas conllevan a mayor probabilidad de stress laboral y agotamiento mental (Síndrome de Burnout) con consecuencias perjudiciales sobre su eficacia clínica (58). Studer RK describe las reacciones de estrés psicofisiológico que presentan los médicos en el proceso de comunicación de malas noticias como una tarea estresante en todas sus etapas (antes, durante y el después)(59) .

Como ya se ha descrito, uno de los factores que contribuyen con más importancia a las emociones negativas durante en proceso de comunicación de las malas noticias es el alto porcentaje de residentes sin entrenamiento previo para la CMN; esto sumado a la deficiente supervisión en la realización hace que el mismo proceso se torne en una situación de estrés y ansiedad para el residente en entrenamiento (12,60).

Respecto a la autopercepción de su capacidad de otorgar las malas noticias la mayoría de los residentes se sintió un poco y moderadamente incomodo al saber que debía informar una mala noticia. Nuestros hallazgos están en relación a la mayoría de los factores previamente descritos y que afectan la confianza en sí mismos; dentro de ellos destacan la falta de un entrenamiento previo en esta competencia y la carga emocional que conlleva dicho tipo de comunicación. (41,61)

Importante mencionar que en cuanto al entrenamiento recibido para la comunicación de las malas noticias el 63.2 % de nuestros encuestados refiere conocer de muy poco a nada sobre los aspectos necesarios a tener en cuenta para dar malas noticias a sus pacientes (guías clínicas o protocolos) y un 71.6% refiere que a lo largo de su carrera o práctica profesional ha recibido poco o nada de

preparación en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias.

Por ello, el entrenamiento en CMN es necesario durante la formación de todo residente y por ello se debe incluir dentro de los programas académicos de la residencia médica, lo cual se apoya con que el 95.8 % de nuestros encuestados manifiesta su deseo sobre recibir preparación en habilidades comunicativas que los ayude en el proceso de dar malas noticias. La mayoría de los estudios revisados sobre este aspecto concuerdan en sus altos porcentajes de deseo de recibir entrenamiento formal para la CMN (41,42,52,62,63).

La necesidad de capacitación en esta competencia comunicacional no está considerada de manera explícita en la descripción de los “Estándares mínimos de formación para el programa de segunda especialización en medicina de emergencias y desastres” de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CONAREME) (43). Igualmente en la descripción del “Perfil Académico profesional del Especialista de Medicina de Emergencias y Desastres” de la mayoría de los programas de residencia médica de las principales universidades que ofrecen esta especialidad en nuestro país no se especifica de forma detallada algún tipo de formación o entrenamiento en la CMN (64–66) que como se ha resaltado previamente los médicos de esta especialidad tienen una alta probabilidad de enfrentarse con esta situación.

En cuanto a la disponibilidad de recursos institucionales para la comunicación de malas noticias (tiempo, ambientes físicos, apoyo de otros profesionales y soporte emocional al médico) solo un 27.4% de los entrevistados considera que siempre tiene el tiempo suficiente para realizar esta tarea apropiadamente y el resto de los

encuestados solo en ocasiones o nunca; situación previamente descrita (12,24,39,41,51,60). Se ha descrito que la comunicación apresurada es el contexto más favorable para cometer equivocaciones , lo cual conlleva a una falta de comprensión y aumento de la incertidumbre para quien recibe la mala noticia y trasmite poco interés en ayudar lo que se traduce en una barrera para que el paciente o sus familiares hagan preguntas para asimilar esta nueva situación (49, 50) .

La falta de ambientes adecuados que aporten privacidad y aseguren en la medida de lo posible la ausencia de interrupciones o distracciones está ampliamente descrita como una barrera que influye negativamente durante el proceso de comunicación de la mala noticia y dificulta que el receptor de esta pueda expresar libremente sus emociones, llorar, desahogarse libremente aislado de la mirada de extraños e iniciar su duelo con privacidad. Aranda Sánchez reporta que el 100% los participantes de su estudio “Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en salud ” consideraban que los pasillos no son un lugar apropiado para hablar con pacientes o familiares (60). Esta situación es muy común en la mayoría de hospitales públicos de nuestro país (12) .

Respecto a la posibilidad de acceder al apoyo de otros profesionales para que acompañen en el proceso de comunicación de la mala noticia solamente el 32.6 % de nuestros participantes reporta que siempre o casi siempre pueden disponer de este recurso en sus respectivos hospitales. Una explicación de nuestros hallazgos respecto al baja disponibilidad y uso de estos recursos de apoyo de otros profesionales (psicología, psiquiatría o trabajo social) podría ser que estos profesionales trabajan en horario de oficina (lunes a viernes de 8 am – 2 pm) y el

servicio de emergencia labora las 24 horas todos los días del año y las malas noticias no pueden postergarse muchas horas.

Es menester de las autoridades universitarias y hospitalarias trabajar en conjunto para ofrecer a los médicos en entrenamiento un apoyo psicológico continuo y permanente, que permita identificar patologías clínicas o subclínicas que afecten de manera importante, tanto la vida académica del residente como su vida personal y social.

Entre las limitaciones del presente estudio están el haber utilizado como instrumento una encuesta autoadministrada (que explora múltiples detalles del proceso de CMN) por lo que las respuestas dependen de la capacidad de recuerdo de los residentes de su participación previa en el propio proceso de CMN. Para evitar esta limitación y ampliar el estudio del proceso se recomienda hacer estudios de campo con una evaluación objetiva del desempeño del residente luego de un entrenamiento en el proceso de CMN. La segunda limitante es que la población corresponde a Residentes de Medicina de Emergencias y Desastres en diferentes años de entrenamiento, que van desde uno a cuatro años. Futuros estudios sobre el tema podrán salvar esta limitante teniendo en cuenta un tamaño de muestra mayor que permita estratificar a la población por subgrupos y desarrollar el análisis por cada año específico en que cursen su residentado.

## **V. CONCLUSIONES:**

- La mayoría de los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres manifiestan incomodidad antes y después de su participación en la CMN.
- La mayoría de los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres tienen un escaso conocimiento y entrenamiento formal en el proceso de CMN y manejo de crisis emocionales.
- La mayoría de los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres manifiestan poca disponibilidad de tiempo, espacios físicos apropiados y deficiente apoyo de otros profesionales para la CMN.
- Se encontró asociación entre la percepción del miedo frente a la reacción inesperada con los años de práctica médica, la sensación de frustración por la evolución de la enfermedad con la edad del residente, el sentimiento de culpa con los años de práctica médica y el sexo del residente con el entrenamiento formal en el manejo de crisis emocionales. No se encontró asociación entre la percepción residente respecto a las condiciones o recursos que ofrecen los hospitales para la CMN.

## **VI. RECOMENDACIONES:**

- 1) Promover de manera explícita la enseñanza de la CMN dentro de los planes de estudio de la segunda especialidad de la CONAREME.
- 2) Desarrollar o adaptar un protocolo validado para la CMN y promover su uso dentro del equipo médico de emergencia.
- 3) Desarrollar un programa o curso de capacitación y entrenamiento periódico a todos los médicos residentes de medicina de emergencias y desastres.
- 4) Implementar y designar un ambiente físico adecuado en el departamento de emergencia para la comunicación de las malas noticias.
- 5) Concientizar al equipo médico asistencial de emergencia sobre la importancia de supervisar y evaluar constantemente al médico residente durante su entrenamiento en esta competencia.
- 6) Promover la participación de otros profesionales (psicología, psiquiatría, trabajo social) para la asistencia al impacto emocional de la CMN tanto al paciente/familiar y personal médico que realiza esta tarea.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investig En Educ Médica*. 1 de octubre de 2012;1(4):218-24.
2. Molinuevo B, Clèries X, Aradilla-Herrero A, Nolla-Domenjó M. Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina.
3. Mendoza DAPC, Fernández MsJCS, Fernández DCRL. La comunicación en la relación médico-paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. *Rev Conrado*. 4 de septiembre de 2017;13(59):261-83.
4. Halac E. Comunicación en medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Rev Fac Cienc Médicas Córdoba*. 13 de octubre de 2016;73(3):212-8.
5. ACGME -2022 -Accreditation Council for Graduate Medical - Education Common Program Requirements (Residency). [citado 17 de marzo de 2023]; Disponible en: [https://www.acgme.org/globalassets/PFAssets/ProgramRequirements/CPRResidency\\_2022v2.pdf](https://www.acgme.org/globalassets/PFAssets/ProgramRequirements/CPRResidency_2022v2.pdf)
6. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree [Internet]. [citado 17 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://medicine.vtc.vt.edu/content/dam/medicine\\_vtc\\_vt\\_edu/about/accreditation/2018-19\\_Functions-and-Structure.pdf](https://medicine.vtc.vt.edu/content/dam/medicine_vtc_vt_edu/about/accreditation/2018-19_Functions-and-Structure.pdf)
7. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. junio de 2012;44(6):358-65.
4. Guillén-López O, Mas-Ubillús G, Bethsy 1Reto-Zapata, Guerra Garcia Campos A, Tomateo-Torvisco D. Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2017;30(2):104-8.
9. Ticse Aguirre RWT, Fuentes MSC, Rojas JAN, Aguilera L. Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. *Rev Medica Hered*. 15 de octubre de 2019;30(3):148-56.
10. Moral RR. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educ Médica*. 2015;16(1):74-82.
11. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. noviembre de 2008;42(11):1100-7.

12. Guillén-López OB, Olascoaga-Mesía AC. Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2017;30(2):77-81.
13. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J Clin Res Ed*. 26 de mayo de 1984;288(6430):1597-9.
14. Freiburger MH, Carvalho D de, Bonamigo EL. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Rev Bioét*. junio de 2019;27(2):318-25.
15. Shaw J, Brown R, Heinrich P, Dunn S. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 1 de noviembre de 2013;93(2):203-8.
16. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):385-8.
17. Núñez S, Putze GB, Ojeda J, Marco T de. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clínica*. 2006;127(15):580-3.
18. Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ. Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros\*. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(6):736-47.
19. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death Notification in the Emergency Department: Survivors and Physicians. *West J Emerg Med*. marzo de 2013;14(2):181-5.
20. Bascuñán R. ML. Comunicación de "malas noticias" en salud. *Rev Médica Clínica Las Condes*. julio de 2013;24(4):685-93.
21. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro ÚB do P. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. *Rev Bioét*. junio de 2021;29(2):344-53.
22. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. septiembre de 2018;93(9):1400-12.
23. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Médica Chile*. octubre de 2014;142(10):1306-15.
24. Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reumatol*. 1 de abril de 2008;9(2):111-22.

25. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med.* 1 de febrero de 2004;79(2):107-17.
26. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet.* 24 de enero de 2004;363(9405):312-9.
27. Ricart A. ¿Cómo comunicar las malas noticias? *Jano Med Humanidades.* 2008;(1695):41.
28. Shetty A, Shapiro J. How To Break Bad News - Tips And Tools For Resident Physicians. undefined [Internet]. 2012 [citado 18 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/How-To-Break-Bad-News-Tips-And-Tools-For-Resident-Shetty-Shapiro/70d9cfa3057f91f165608d40458ce6cc78ab5f5b>
29. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(2):61-5.
30. Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients. *Proc Bayl Univ Med Cent.* enero de 2016;29(1):101-2.
31. Luna-Solis Y. Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 11 de marzo de 2019;36(1):123.
32. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Pract.* 12 de febrero de 2012;37(2):1-4.
33. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 1 de agosto de 2000;5(4):302-11.
34. Silvera L, Pérez De Palleja M, Álvarez C. Comunicación de malas noticias: perspectivas desde la anestesiología. *Rev Chil Anest.* 15 de noviembre de 2019;48(5):395-401.
35. Chumpitazi CE, Rees CA, Chumpitazi BP, Hsu DC, Doughty CB, Lorin MI. Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation Curriculum for Pediatric Emergency Medicine Fellows. *Cureus.* 8(5):e595.
36. Hall M, Dubosh N, Ullman E. A Novel Curriculum for Teaching Emergency Medicine Residents How to Break Bad News. *West J Emerg Med Integrating Emerg Care Popul Health* [Internet]. 2017 [citado 18 de mayo de 2022];18(5.1). Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/8gw08422>
37. Benenson RS, Pollack ML. Evaluation of Emergency Medicine Resident Death Notification Skills by Direct Observation. *Acad Emerg Med.* 2003;10(3):219-23.

38. Min AA, Spear-Ellinwood K, Berman M, Nisson P, Rhodes SM. Social worker assessment of bad news delivery by emergency medicine residents: a novel direct-observation milestone assessment. *Intern Emerg Med.* 1 de septiembre de 2016;11(6):843-52.
39. Bardales Silva AF. Estudio observacional descriptivo sobre las características del proceso comunicativo de emisión de malas noticias por parte del personal de salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el período setiembre-diciembre del año 2011. *Univ Nac Jorge Basadre Grohmann* [Internet]. 2012 [citado 18 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/227>
40. García-Reyes W. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. 2008;(1).
41. Zapana Mozombite Maher S. Habilidades de los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel, 2019. *Univ Nac Amaz Peru* [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6617>
42. Payán EC, Montoya DA, Vargas JJ, Vélez MC, Castaño A, Krikorian A. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. *Colomb Médica.* 2009;40(2):158-66.
43. CONAREME -Medicina de emergencias y desastres.pdf [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.conareme.org.pe/web/Documentos/Estandares%20Minimos/GRUPO%20IIIA/medicina%20de%20emergencias%20y%20desastres.pdf>
44. Coutinho F, Ramessur A. An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? *Acta Médica Port.* 30 de diciembre de 2016;29(12):826-31.
45. Díaz-Martínez LA, Armesto MHC, Rojas MJD. La formación médica en comunicación de malas noticias: Una revisión narrativa. *Rev Esp Educ Médica.* 23 de septiembre de 2020;1(2):32-44.
46. 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;135:323-31.
47. Velasco Peralta Soledad, Salado Avila, Maria, Weinggerz Mehl, Samuel, Margarita Torres-Tamayo. Encuesta de opinión sobre la percepción de la comunicación de malas noticias en médicos y pacientes oncológicos. En Guanajuato , Mexico: Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética; 2013. p. 168-79. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/271766065\\_Encuesta\\_de\\_opinion\\_so](https://www.researchgate.net/publication/271766065_Encuesta_de_opinion_so)

bre\_la\_percepcion\_de\_la\_comunicacion\_de\_malas\_noticias\_en\_medicos\_y\_pacientes\_oncologicos

48. Guven R, Kuday Kaykisiz E, Department of Emergency Medicine, Bitlis State Hospital, Bitlis, Turkey, Onturk H, Department of Nursing, Bitlis Eren University School of Nursing, Bitlis, Turkey, Sasmaz MI, et al. Breaking Bad News in the Emergency Department: How do the Patients Want it? *Eurasian J Emerg Med.* 28 de septiembre de 2018;17(3):97-102.
49. Castiella Bañales M. Recomendaciones, habilidades y protocolos sobre la comunicación de malas noticias en el ámbito de la salud: Una revisión bibliográfica. junio de 2020 [citado 19 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/23367>
50. Konstantis A, Exiara T. Breaking Bad News in Cancer Patients. *Indian J Palliat Care.* 2015;21(1):35-8.
51. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *Eur J Emerg Med.* febrero de 2018;25(1):71-6.
52. Sarwar MZ, Rehman F, Fatima SM, Suhail M, Naqi SA. Breaking bad news skill of postgraduate residents of tertiary care hospital of Lahore, Pakistan: A cross-sectional survey. *J Pak Med Assoc.* 2019;69(5):5.
53. Hernández IM. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2009. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1061>
54. Gempeler FE, Torregrosa L, Silva JM. Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Univ Médica* [Internet]. 16 de diciembre de 2019 [citado 16 de mayo de 2022];61(1). Disponible en: <http://10.2.1.208/index.php/vnimedica/article/view/26173>
55. Vermylen JH, Wood GJ, Cohen ER, Barsuk JH, McGaghie WC, Wayne DB. Development of a Simulation-Based Mastery Learning Curriculum for Breaking Bad News. *J Pain Symptom Manage.* 1 de marzo de 2019;57(3):682-7.
56. Velázquez CR, Mancera EAC, Ampudia CCM. Comunicar bien las malas noticias en medicina: Una labor compartida. *Investig En Discapac.* 21 de abril de 2020;7(2):72-9.
57. Martin EB, Mazzola NM, Brandano J, Luff D, Zurakowski D, Meyer EC. Clinicians' recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ Couns.* octubre de 2015;98(10):1248-54.

58. Messerotti A, Banchelli F, Ferrari S, Barbieri E, Bettelli F, Bandieri E, et al. Investigating the association between physicians self-efficacy regarding communication skills and risk of “burnout”. *Health Qual Life Outcomes*. 6 de agosto de 2020;18(1):271.
59. Studer RK, Danuser B, Gomez P. Physicians’ psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *Int J Psychophysiol*. octubre de 2017;120:14-22.
60. Sanchez CIA, Zaragoza RC, Acosta MGDC, Segovia ROO, Ortega JG. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Univ*. 24 de octubre de 2014;24(5):20-6.
61. Martín del Campo A, Romero-Cabello R, Sánchez CJ, P. Ángeles Moreno AC, Romero-Feregrino R, Bustamante-Rojano JJ, et al. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. *Rev Médica Hosp Gen México*. 1 de abril de 2012;75(2):76-83.
62. Ran L, Yoon Y. Delivering bad news to a patient: a survey of residents and fellows on attitude and awareness. *Korean J Med Educ*. diciembre de 2013;25(4):317-25.
63. Dafallah MA, Ragab EA, Salih MH, Osman WN, Mohammed RO, Osman M, et al. Breaking bad news: Awareness and practice among Sudanese doctors. *AIMS Public Health*. 24 de septiembre de 2020;7(4):758-68.
64. UPSMP - MEDICINA DE EMERGENCIA [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://posgradomedicina.usmp.edu.pe/posgrado/pdf/plan\\_de\\_estudios/especialidades/MEDICINA\\_DE\\_EMERGENCIAS\\_Y\\_DESASTRES.pdf](https://posgradomedicina.usmp.edu.pe/posgrado/pdf/plan_de_estudios/especialidades/MEDICINA_DE_EMERGENCIAS_Y_DESASTRES.pdf)
65. UNFV - fmhu\_med\_eme\_des.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia\\_universitaria/informacion\\_academica/plan\\_estudio/segunda\\_especialidad/fmhu\\_med\\_eme\\_des.pdf](https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia_universitaria/informacion_academica/plan_estudio/segunda_especialidad/fmhu_med_eme_des.pdf)
66. UNSA - Plan-Curricular-Silabo-Medicina-Emergencias-y-Desastres2018.pdf [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://fmd.unsa.edu.pe/wp-content/uploads/2019/02/Plan-Curricular-Silabo-Medicina-Emergencias-y-Desastres2018.pdf>

## VIII. ANEXOS.

### ANEXO N°1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Título del Estudio:** Percepción de los residentes de medicina de Emergencia y desastres sobre la comunicación de malas noticias en los servicios de emergencias de los Hospitales de Lima y Callao.

**Investigador:** Fredy Wilmer Hermenegildo Alvarado.

**Institución:** Universidad Peruana Cayetano Heredia.

**Propósito del estudio:** Lo estamos invitando a participar de un estudio para conocer las características de la percepción que tienen los residentes de Medicina de Emergencias y Desastres que trabajan en los servicios de emergencias de los Hospitales de Lima y Callao acerca del proceso de Comunicación de Malas Noticias (CMN). Este es un estudio desarrollado por el mencionado investigador como Tesis de la Maestría de Medicina con Mención en la Escuela de Posgrado de la UPCH.

Mala noticia se define como “Cualquier noticia que va a cambiar drásticamente y negativamente las perspectivas del paciente sobre su futuro”. Son ejemplos de situaciones de comunicación de malas noticias: Comunicar la muerte del paciente a los familiares, comunicar el diagnóstico de una enfermedad de mal pronóstico, incurable o incapacitante al paciente o sus familiares y el empeoramiento de una condición crítica.

Este estudio pretende obtener información de cómo percibe el residente en entrenamiento su desempeño en la CMN para poder diseñar apropiadamente programas de capacitación del proceso de comunicar las malas noticias y que permita hacerlo de forma más efectiva, cálida y humana.

**Procedimiento:** Si decide participar en este estudio, realizará las siguientes actividades:

- Recibir el formato de encuesta en un sobre manila.
- Leer detenidamente las preguntas y alternativas de la encuesta.
- Responder completamente las preguntas de la encuesta.
- Entregar el formato de la encuesta en el sobre de manila al término de la reunión.

**Riesgos:** Este estudio no implica ningún tipo de riesgo pues solo responderá las preguntas de la encuesta.

**Beneficios:** No implica beneficio directo a corto plazo, pero su cooperación en este estudio podría darnos información que nos permita posteriormente diseñar apropiadamente programas de capacitación del proceso de comunicar las malas noticias a los médicos residentes de emergencias y desastres.

**Costos y compensación:** No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.+

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos su información brindada en la encuestas con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no

se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

**Derechos del participante:** Si decide participar en el estudio, puedes retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al Dr. Fredy Hermenegildo Alvarado o llame al [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [duict.cieh@oficinas-upch.pe](mailto:duict.cieh@oficinas-upch.pe).

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

### **DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la forma de responder la encuesta si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Nombres y Apellidos**

---

**Fecha y Hora**

**Participante**

---

**Nombres y Apellidos**

---

**Fecha y Hora**

**Investigador**

## ANEXO N°2

### ENCUESTA DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

#### Encuesta Barreras y Facilitadores – Comunicación de Malas Noticias

**Recuerde que los datos aquí consignados son de carácter anónimo y confidencial y deben ser respondidos de forma individual.**

Antes de contestar esta encuesta es necesario que se tome unos minutos para identificar una mala noticia que usted generalmente debe dar sus pacientes.

Marque con una **X** la respuesta que en su práctica cotidiana está presente.

1. Qué tan incómodo se siente al saber que debe informar a su paciente y/o familiares esa mala noticia?

<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Mucho</b>
-------------	----------------	-----------------	--------------

2. Usted preferiría que otra persona fuera quien comunicara esa mala noticia al paciente y/o familiares?

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta **número 4**, de lo contrario responda la siguiente pregunta.

3. Cuál de los siguientes profesionales quisiera usted que le diera la mala noticia al paciente y/o familiares?

<b>Otro médico</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Trabajador social</b>	<b>Psiquiatra</b>	<b>Familia</b>
------------------------	------------------	------------------	------------------------------	-------------------	----------------

4. Teniendo en cuenta que el paciente y/o familiares a quien usted está esperando está próximo a llegar, se prepara de alguna manera para darle la mala noticia?

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta **número 6**, de lo contrario responda la siguiente pregunta.

5. Si usted se prepara para dar la mala noticia antes de que llegue su paciente y/o familiares, identifique cuales de los siguientes aspectos tiene en cuenta.

Marque una **X** en la casilla correspondiente, de acuerdo a la utilización que le da en la práctica.

	<b>Nunca lo utilizo</b>	<b>A veces</b>	<b>Generalmente lo utilizo</b>	<b>Siempre lo utilizo</b>
--	---------------------------------	--------------------	------------------------------------	-----------------------------------

		<b>lo utilizo</b>		
Se asegura de conocer en su totalidad los detalles de la historia clínica del paciente				
Se asegura que en el encuentro con el paciente haya privacidad y evita interrupciones				
Se asegura de que el tiempo disponible para dar la mala noticia a su paciente y/o familiares sea suficiente				
Realiza un ensayo mental de cómo es mejor dar la noticia a su paciente y/o familiares				
Anota datos importantes de que debe o no decir a su paciente y/o familiares durante la entrega de la mala noticia				

Identifica las emociones que usted tiene antes de dar la mala noticia				
Usted asume que el significado que le da a la mala noticia (si es o no importante), es el mismo para el paciente y/o familiares				

6. En el momento en el que usted y su paciente y/o familiares comienzan la conversación, ¿cuáles de los siguientes aspectos procura tener claros antes de dar inicio a la comunicación de la mala noticia?

Califíquelos de acuerdo a la utilización que le da en la práctica.

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Generalmente</b>	<b>Siempre</b>
Conoce a los acompañantes del paciente y la relación que estos tienen con él				

Identifica cuanto sabe el paciente sobre su estado o enfermedad				
Identifica las preferencias del paciente en qué y cuánta información desea tener				
Identifica las emociones del paciente antes de recibir la mala noticia				
Tiene en cuenta las características culturales y socio-económicas del paciente				

7. Usted inicia ya la comunicación del mensaje considerado como mala noticia a su paciente y/o familiares. ¿En este momento de la conversación que estrategias utiliza?

Califíquelos de acuerdo a la utilización que le da en la práctica.

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Generalmente</b>	<b>Siempre</b>
--	--------------	----------------	---------------------	----------------

Utiliza un vocabulario sencillo y evita la jerga médica				
Da la información por partes (pequeños trozos) con el fin de que el paciente y/o familiares comprendan a totalidad				
Comprueba frecuentemente que el paciente y/o familiares estén comprendiendo la información				
Usa diagramas y dibujos que faciliten la explicación				
Se esfuerza por mantener un equilibrio entre la sinceridad, la compasión y la esperanza				
Permite que el paciente y/o familiares interrumpan cuando tiene dudas o necesitan aclarar algo ya explicado				
Tolera y permite los momentos de silencio y de llanto				

Anima al paciente y/o familiares para que expresen sus emociones				
Identifica las reacciones emocionales en el paciente y/o familiares que son foco de atención inmediata (miedo, ansiedad, tristeza, ideación suicida, entre otros.)				
Usted se asegura de que su paciente y/o familiares reciban el soporte emocional por otro profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra) en caso de ser necesario				
Evita la utilización de palabras como muerte, cáncer, enfermedad terminal, crónica, degenerativa, entre otras, cuando le está dando la mala noticia a su paciente				

Se da cuenta de las emociones que usted siente en el momento de comunicar la mala noticia				
Para finalizar formula en conjunto con el paciente y/o familiares un plan a seguir				

8. Durante este momento de la conversación en el que le comunica la mala noticia a su paciente y/o familiares qué emociones predominan en usted?

	Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
<b>Ansiedad</b> por comunicar la mala noticia de manera que no genere mayor sufrimiento en el paciente y/o familiares				
<b>Miedo</b> a que el paciente y/o familiares reaccionen de una forma inesperada (negación, llanto, ira o agresión incontrolables)				

<b>Tristeza</b> por pensar en lo que le espera al paciente y/o familiares en el futuro				
<b>Culpa</b> por ser el portador de la mala noticia				
<b>Impotencia</b> por no poder cambiar la situación actual del paciente y/o familiares				
<b>Frustración</b> porque la situación o evolución de la enfermedad no resulta como usted esperaba o desearía				

9. Al finalizar el encuentro con su paciente y/o familiares, y después de darle la mala noticia, ¿qué tan incómodo se siente?

<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Mucho</b>
-------------	----------------	-----------------	--------------

10. El siguiente bloque es para abordar la formación que usted ha tenido en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias.

Califique cada ítem con una **X** de acuerdo a su experiencia personal.

	<b>Ninguno</b>	<b>Poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Mucho</b>
Conoce los aspectos necesarios a tener en cuenta para dar malas noticias a sus pacientes (guías clínicas de cómo dar malas noticias)				
A lo largo de su carrera o práctica profesional ha recibido preparación en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias				
Tiene usted entrenamiento profesional específico (no empírico) en intervención en crisis emocionales				
Le gustaría recibir preparación en habilidades comunicativas que puedan facilitar el proceso de dar malas noticias a sus pacientes y/o familiares.				

11. Las características institucionales con las que contamos son muy importantes en el momento de dar malas noticias.

Califique cada ítem con una **X** de acuerdo a su experiencia personal.

	<b>Nunca</b>	<b>En ocasiones</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
El tiempo del que usted dispone en su práctica clínica es suficiente para dar una mala noticia				
Las características espaciales (privacidad, comodidad) de la institución en la que usted trabaja son las adecuadas para dar una mala noticia a un paciente y/o familiares				
En la institución en la que usted trabaja hay posibilidad de acceder a apoyo de otros profesionales para que acompañen el proceso de dar				

malas noticias a los pacientes y/o familiares				
Si en su institución existe este recurso, ¿con que frecuencia lo utiliza?				
En la institución en la que usted trabaja existe apoyo para que los médicos puedan abordar y manejar las emociones desencadenadas del proceso de dar malas noticias a los pacientes y/o familiares (psicología, trabajo social, entre otros)				

## ANEXO N° 3

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado

Dr.

Por la presenta reciba mi cordial saludo. Mi nombre es Fredy Hermenegildo, soy estudiante de la Maestría de Medicina con Mención de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y actualmente estoy desarrollando el Trabajo de Investigación "Percepción de los residentes de medicina de emergencias y desastres sobre su participación en la comunicación de malas noticias en los Servicios de Emergencia en los Hospitales de Lima y Callao".

Conocedor de su trayectoria profesional en el campo de la investigación y docencia médica solicito su colaboración emitiendo su juicio como experto para la validación del instrumento de recolección de datos del trabajo de investigación mencionado.

En esta oportunidad, se le solicita que revise el instrumento y califique cada una de las preguntas de la encuesta que utilizaré en las guías de evaluación que se encuentran a continuación, marcando con un aspa en el casillero que crea conveniente. Deberá evaluar cada uno de los cuatro criterios de evaluación por separado (claridad semántica, claridad gramatical, ambigüedad y comprensión).

Si usted desea emitir alguna pregunta, observación o sugerencia puede realizarlo en la misma guía de evaluación o en un correo de respuesta a [fredy.hermenegildo@upch.pe](mailto:fredy.hermenegildo@upch.pe).

Se le envía también el Proyecto de Investigación mencionado.

Muy agradecido por su colaboración.

Dr. Fredy Hermenegildo Alvarado.

Médico especialista en Medicina de Emergencias y Desastres

CMP: 30280 RNE: 15664

DNI: XXXXXXXXXX

Para cada pregunta deberá calificar según la escala del 1 al 5, donde:

1	2	3	4	5
Muy poco aceptable	Poco aceptable	Regular	Aceptable	Muy aceptable

Criterio de evaluación	Claridad Semántica					Claridad gramatical					Comprensión					Ambigüedad				
	Puntaje					Puntaje					Puntaje					Puntaje				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1) Que tan incómodo se siente de saber que debe informar a su paciente y/o familiares una mala noticia?																				
2) Usted preferiría que otra persona fuera quien comunicara esa mala noticia al paciente o familiares?																				
3) Cual de los siguientes profesionales quisiera usted que le diera la mala noticia al paciente y/o familiares?																				
4)Teniendo en cuenta que el paciente y/o familiar a quien usted está esperando esta próximo en llegar, se prepara de alguna manera para darle esa mala noticia ?																				
5)Si usted se prepara para dar la mala noticia antes de que llegue su paciente y/o familiares, identifique cuál de los siguientes aspectos tiene en cuenta:																				

Criterio de evaluación	Claridad Semántica					Claridad gramatical					Comprensión					Ambigüedad				
	Puntaje					Puntaje					Puntaje					Puntaje				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.1 ) Se asegura de conocer en su totalidad los detalles de la historia clínica del paciente																				
5.2) Se asegura que en el encuentro con el paciente haya privacidad y evita interrupciones																				
5.3) Se asegura de que el tiempo disponible para dar la mala noticia a su paciente y/o familiares sea suficiente																				
5.4) Realiza un ensayo mental de como es mejor dar la noticia a su paciente y/o familiares.																				
5.5) Anota datos importantes de que debe o no decir a su paciente y/o familiares durante la entrega de la mala noticia																				
5.6) Identifica las emociones que usted tiene antes de dar la mala noticia																				
5.7) Usted asume que el significado que le da a la mala noticia (si es o no importante), es el mismo para el paciente y/o familiares																				
6) El momento en el que usted y su paciente y/o familiares comienzan la conversación, ¿cuáles de los siguientes aspectos procura tener claros antes de dar el inicio a la comunicación de la mala noticia?																				







8.6) Frustración porque la situación o evolución de la enfermedad no resulta como usted esperaba o desearía																						
9) Al finalizar el encuentro con su paciente y/o familiares, y después de darle la mala noticia, ¿qué tan incómodo se siente?																						
10) El siguiente bloque es para abordar la formación que usted ha tenido en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias.																						
10.1) Conoce los aspectos necesarios a tener en cuenta para dar malas noticias a sus pacientes (guías clínicas de cómo dar malas noticias)																						
10.2) A lo largo de su carrera o práctica profesional ha recibido preparación en habilidades comunicativas enfocadas al proceso de dar malas noticias																						
10.3) Tiene usted entrenamiento profesional específico (no empírico) en intervención en crisis emocionales																						
<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Claridad Semántica</b>					<b>Claridad gramatical</b>					<b>Comprensión</b>					<b>Ambigüedad</b>						
	<b>Puntaje</b>					<b>Puntaje</b>					<b>Puntaje</b>					<b>Puntaje</b>						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		



