



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**COMPETENCIAS AUTOPERCIBIDAS SOBRE HABILIDADES
COMUNICATIVAS CON PACIENTES QUE SE ACERCAN AL FINAL DE
LA VIDA Y SUS FAMILIAS EN ALUMNOS DE PREGRADO DE
MEDICINA**

*SELF-REPORTED COMMUNICATION SKILLS COMPETENCES WITH END-OF-LIFE
PATIENTS AND THEIR FAMILIES IN MEDICAL STUDENTS*

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

AUTOR

MANUEL MATEO DAVILA GUTIERREZ

ASESOR

OTTO BARNABY GUILLEN LOPEZ

LIMA-PERÚ

2023

JURADO

1. Presidenta: Guiliana Mas Ubillús
2. Vocal: Pedro Ayala Díaz
3. Secretario: Víctor Alonso Vargas Rubio

Fecha de sustentación: 29/10/2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MC. Otto Barnaby Guillen Lopez

Departamento Académico de Clínicas Médicas de la Facultad de Medicina de la

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ORCID: [0000-0003-4012-4828](https://orcid.org/0000-0003-4012-4828)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre, mi madre y mi hermana quienes guían mis pasos, este logro es enteramente suyo.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos los doctores que me han enseñado a lo largo de esta carrera, en especial al Dr. Otto Guillen Lopez, asesor y maestro, con quien tuve la suerte de poder aprender de su práctica médica.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo ha sido autofinanciado por el investigador

DECLARAMIENTO DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESULTADO DE INFORME DE SIMILITUD

Competencias autopercebidas sobre habilidades comunicativas con pacientes que se acercan al final de la vida y sus familias en alumnos de pregrado de medicina

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%
3	Submitted to Infile Trabajo del estudiante	<1%
4	revistabionatura.com Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1%
6	Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante	<1%
7	www.jspm.ne.jp Fuente de Internet	<1%
8	Hui, David, and Eduardo Bruera. "Integrating palliative care into the trajectory of cancer"	<1%

Contenido

1. RESUMEN.....	
2. SUMMARY	
3. INTRODUCCIÓN	1
4. OBJETIVOS:.....	8
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	9
6. RESULTADOS.....	15
7. DISCUSIÓN	17
8. CONCLUSIONES	24
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
TABLAS Y GRÁFICOS	28
ANEXOS	

1. RESUMEN

Antecedentes: En Japón en 2010 se validó la escala “Palliative care self-reported practices scale” (PCPS), que medía el nivel de habilidades comunicativas con pacientes terminales. Este instrumento se ha utilizado para conocer el nivel de habilidad comunicativa de profesionales de salud, e incluso medir el impacto que tienen los programas de entrenamiento en estas habilidades, pero ninguno en Perú. *Objetivo:* Determinar el nivel de habilidad en comunicación de los internos de medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). *Material y método:* Estudio descriptivo transversal. Usando una adaptación intercultural del instrumento original, se envió un formulario de Google por e-mail a los alumnos de medicina matriculados en el internado 2023. Los datos fueron ordenados en un apartado digital para su tabulación, descripción e interpretación. *Resultados:* Respondieron 147 internos de medicina, con edad media de 24,6 años y 55,1% mujeres. Usando una escala tipo Likert se obtuvo un promedio global de 4,15 +/- 0,43, con puntuaciones promedios por tópicos que varían desde 3,67 hasta 4,39. Un 53,6% de encuestados había comunicado una mala noticia, mientras que 87,8% había atestiguado a un médico informando sobre una mala noticia y 59,9% admitieron sentirse preparados para dar una mala noticia. *Conclusiones:* Los internos de medicina consideran tener un alto nivel de competencia en estrategias de comunicación efectiva con pacientes terminales; sin embargo, se obtuvo menores puntajes al evaluar el tópico de delirio.

Palabras clave: comunicación en salud, educación de pregrado en medicina, competencia clínica, cuidados paliativos al final de la vida, aptitud.

2. SUMMARY

Background: In Japan in 2010, the PCPS scale was validated, to measure the level of communication skills with terminally ill patients. This instrument has been used to assess the communication skills of healthcare professionals and even measure the impact of training programs on these skills, but none in Peru.

Objective: Determine the level of communication skills among medical interns at Cayetano Heredia Peruvian University (UPCH).

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive study. Using a cross-cultural adaptation of the original instrument, a Google form was emailed to Medicine students enrolled in the 2023 internship. Data was stored in a database for tabulation, analysis, and interpretation.

Results: 147 students responded, with an average age of 24.6 years and 55.1% women. Using a Likert scale, an overall average of 4.15 +/- 0.43 was obtained, with average scores per topics ranging from 3.67 to 4.39. 53.6% of respondents had delivered bad news, while 87.8% had witnessed a doctor delivering bad news, and 59.9% admitted feeling prepared to deliver bad news.

Conclusions: Final-year medical students considered to have a high level of ability in effective communication strategies with end-of-life patients and their families. However, lower scores were obtained when evaluating the topic of delirium.

Keywords: communication on health, medical student education, clinical skills, end-of-life palliative care, aptitud.

3. INTRODUCCIÓN

La definición de cuidados paliativos ha cambiado ampliamente a lo largo de los años, principalmente en el enfoque hacia el paciente. Anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatizaba esta definición en pacientes que no respondían a una terapia con intención curativa; sin embargo, esto podría dar lugar a enfoques donde se relegaba la atención de cuidados paliativos hasta las últimas etapas. En la actualidad, se reconoce que estos cuidados paliativos deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica, y potencialmente mortal (1), reconociendo así que se debe de tratar al paciente como un todo, desde un aspecto biológico, psicológico y espiritual, incluyendo un manejo multidisciplinario. Esto trajo consigo avances importantes en el entendimiento del manejo de un paciente que se acerca al final de la vida. El manejo del dolor se hizo más efectivo al tratar al paciente más oportunamente. También se podía controlar de mejor forma la disnea, los vómitos e, incluso, dar un mejor alivio psicológico y espiritual (2). Sin embargo, aparecieron nuevos retos, teniendo a un paciente terminal neurológicamente más estable. Con el pleno uso de sus funciones superiores ejecutivas y más consciente de su padecimiento en la proximidad al fin de su vida, surgió la necesidad de una comunicación efectiva con el paciente y su familia. Entonces, esto debe conllevar a un entrenamiento de calidad en los médicos, acerca de habilidades de comunicación que permitan brindar la mejor atención posible a un paciente que se acerca al final de la vida (1).

El programa *Palliative care program Emphasizing symptom management and Assessment for Continuous medical Education (PEACE)*, un proyecto creado por el gobierno japonés en el 2008, buscó desarrollar 4 competencias que se consideran fundamentales para un aprendizaje de cuidados paliativos con un enfoque integral. Este incluye la sensibilidad para notar el sufrimiento constante por el paciente o sus familiares, habilidades básicas sobre el cuidado de este tipo de pacientes (dolor u otros síntomas físicos, dolor emocional, delirio y otros síntomas psicológicos), habilidades básicas en comunicación efectiva y el conocimiento sobre los servicios proporcionados por las organizaciones locales y el sistema de atención médica domiciliaria, con el fin de ayudar al paciente en un entorno adecuado (2). En ese sentido, para evaluar la sintomatología y la carga que esta genera en el paciente y sus familiares, es necesario incorporar preguntas abiertas en la entrevista y utilizar la escucha activa a la hora de recoger las respuestas; y también es necesario que el médico y todo personal de salud aplique mucho más estas habilidades, atendiendo al paciente de forma integral, tanto en su componente biológico, espiritual y psicológico. Es importante entonces la necesidad de entrenarse en comunicación efectiva, entendida como el reconocimiento y legitimación de los valores y preocupaciones del individuo, que otorga al paciente un sentido completo de dignidad (3), a través de comentarios empáticos (4), usando el mismo lenguaje del paciente y acorde a su nivel de comprensión, implicando reconocer significados tanto cognitivos como emocionales de las palabras que este usa. Todo esto con el fin de reducir la prevalencia de trastornos ansiosos y depresión de los

pacientes y sus familiares (5). En el pasado, muchos especialistas en cuidados paliativos creían que una comunicación efectiva abierta y sincera sobre la enfermedad terminal intensificaba los problemas psicológicos y el grado de estrés intrínsecos de la misma patología, al negar al paciente la posibilidad de esperanza cuando se sinceraban resultados de exámenes auxiliares y los pronósticos (6). Hoy en día, la mayoría de pacientes con patologías oncológicas terminales prefieren una divulgación honesta de las distintas opciones de tratamiento paliativo, los beneficios, los efectos adversos, ya que esto no solo implica reconocer al paciente que se acerca al final de la vida como un ser individual en plena facultad de sus habilidades ejecutivas, sino que lo fortalece como un personaje activo en la toma de decisiones compartidas (7). El paciente no solo prefiere una comunicación honesta, a tiempo y con tacto sobre su estado de enfermedad y dolencia (8), sino que el ocultamiento de dicha información se asocia con peores desenlaces y calidad de vida más baja, aumento en la incidencia de trastornos psiquiátricos afectivos (principalmente depresión mayor), una mayor utilización de cuidados intensivos con efectos adversos importantes, peores intervenciones de los cuidados necesarios al final de la vida y una reducción en la probabilidad de que esta atención sea consistente con las preferencias y creencias del mismo paciente y sus familiares (9). Todos estos avances pueden constituir un arma de doble filo, tanto para el paciente como para el médico que desea una atención de calidad con sus pacientes terminales. El médico debe mantenerse informado y actualizado, no solo en el medicamento de última generación que produce analgesia o reduce las

náuseas y vómitos, sino también en los últimos avances en estrategias comunicativas efectivas y preferencias de los pacientes al final de la vida. Si esto no es así, el médico podría incurrir en errores que, si bien pueden no ser intencionales, a la larga podrían producir serios efectos contraproducentes para la salud mental y física del paciente. Por ejemplo, se han descrito múltiples escenarios donde el médico tiende a sobreestimar el pronóstico y el estado de la enfermedad avanzada (10). Muchas veces se usan términos médicos que no son de uso frecuente para el paciente y que lleva a un mal entendimiento del real significado, como “tratable” donde el paciente lo malinterpreta como “curable” (11), sin entender que la intervención será con un fin más paliativo que curativo.

Esto puede generar que tanto el paciente como los familiares no sean conscientes del verdadero estado de la enfermedad, lo que probablemente conlleve a que elijan tratamientos mucho más agresivos, con escaso o nulo beneficio real en la enfermedad del paciente (7). Esto traería mayor decepción y desconfianza del paciente hacia su médico tratante, si este logra sobrevivir al tratamiento y no logra ver “mejoría” real en su patología. Incluso, puede existir un agravamiento de síntomas y signos por los efectos adversos al tratamiento.

Entonces, surge una pregunta esencial: ¿cómo podemos medir o evaluar la habilidad de los médicos a la hora de hablar con sus pacientes en el final de la vida y de poner en práctica sus habilidades comunicativas?

En el año 2010, un grupo de investigadores japoneses, validó con éxito el cuestionario PEACE-Q sobre conocimiento en cuidados paliativos para

evaluar tanto el aprendizaje de los médicos como los programas de educación en cuidados paliativos primarios (12). Esta herramienta, además de medir el conocimiento de los médicos en nociones básicas sobre cuidados paliativos (manejo de sintomatología, efectos adversos y cuestiones filosóficas), evalúa también estrategias de comunicación y su forma de aplicación. Por otro lado, el mismo año se validaron dos escalas más, la *“Palliative care self-reported practices scale”* y la *“Palliative care difficulties scale”* (13), con el mismo fin de evaluar la efectividad de programas educativos en cuidados paliativos. Con ello se pudo establecer su validez, no sólo para clarificar las prácticas reales y conocimientos, sino para conocer las dificultades que experimentaba un personal de salud cuando se enfrentaba a un paciente que se acerca al final de la vida. El instrumento *“Palliative care self-reported practices scale”*, validado en Japón en el 2010 por Yoko Nakazawa y col. (13), fue diseñado para evaluar si los programas educativos en habilidades comunicacionales con pacientes terminales son efectivos y de calidad. Si algo ha quedado claro en estos últimos años, es que el conocimiento y las habilidades en comunicación se pueden mejorar, y debe evaluarse a sus participantes constantemente con instrumentos que no sean limitados a una atención terminal, y que estén de acuerdo con las últimas declaraciones de la OMS, donde se menciona que estos cuidados son aplicables incluso en etapas tempranas de la enfermedad. Para esto, los autores de dicho instrumento seleccionaron y validaron 18 ítems agrupados en 6 dominios, los cuales tratan de reunir las diferentes etapas donde la comunicación efectiva se vuelve más crítica en este tipo de

pacientes: atención centrada en el paciente, dolor, delirio, disnea, atención en la fase cercana a la muerte e información. La importancia de conocer las estrategias de comunicación efectiva y manejar las diferentes situaciones a las cuales se puede enfrentar un médico en cuidados paliativos es por la transición epidemiológica, en la que los índices de las enfermedades infecciosas y perinatales han disminuido, mientras que la incidencia de enfermedades crónicas, que generan discapacidad y el número de pacientes que necesitan atención en cuidados paliativos está aumentando (14). Por ello, surge la necesidad de crear programas de entrenamiento para el poder desarrollar habilidades comunicacionales en estudiantes y médicos. La Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) ha establecido distintos cursos a lo largo de la carrera como parte de la formación preclínica básica, que buscan desarrollar habilidades de comunicación efectiva en los alumnos: talleres de comunicación de malas noticias, habilidades blandas y estrategias de comunicación, formas de empatizar con el paciente, entre otras. Evaluar la competencia que se logró con este entrenamiento es parte fundamental de este proceso, ya que el futuro médico tendrá contacto directo con pacientes que se acercan al final de la vida y sus familiares en las prácticas preprofesionales. En base a lo expuesto anteriormente surge nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel real de competencia en estrategias de comunicación efectiva con pacientes críticamente enfermos y que se acercan al final de la vida y sus familiares en los estudiantes de pregrado de Medicina? Si logramos establecer este nivel se podrían sentar las bases sobre las cuales parten los

médicos jóvenes a la hora de comunicarse con este grupo de pacientes, y, de esta forma, optimizar los programas ya existentes. Además, pueden crearse nuevos programas o cursos que ayuden a fortalecer estas competencias, y que impulsen nuevas líneas de investigación en estos temas, para poder generar una atención de calidad y que cubra las necesidades reales de estos pacientes.

4. OBJETIVOS:

Establecer el nivel de competencia en estrategias de comunicación efectiva con pacientes que se acercan al final de la vida y sus familiares en estudiantes de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el nivel de competencia de los estudiantes de acuerdo a género en comunicación efectiva con pacientes terminales y sus familiares.
- Determinar el nivel de competencia de los estudiantes de acuerdo a edad en comunicación efectiva con pacientes terminales y sus familiares.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional, descriptivo y transversal.

5.2. POBLACIÓN:

Población universo: Estudiantes de medicina a nivel nacional.

Población real: Alumnos de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Población elegible: Estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que están cursando el internado de medicina.

Criterios de selección:

Inclusión: Estudiantes de medicina que se encuentren matriculados en el internado de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y que hayan completado su entrenamiento en habilidades comunicacionales.

Exclusión: Estudiantes del internado de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que no deseen participar en el estudio

5.3 MUESTRA:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de una encuesta electrónica enviada a todos los estudiantes matriculados en el 7mo año de medicina en el 2023.

5.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL:

5.4.1. Variable independiente: *Nivel de competencia percibida en comunicación efectiva:* Competencia entendida como la integración de conocimiento, actitudes y autocompetencia percibida y que es adquirida a lo largo de toda la carrera. Se midió con las respuestas del cuestionario, usando

una escala tipo Likert con rangos desde 1 hasta 5, donde un puntaje mayor indica una mejor competencia.

5.4.2 Co-variable

Conocimiento sobre comunicación efectiva: Conocimiento adquirido en los cursos de fundamento de ética, introducción a la clínica, clínica médica I y II. Usando la escala Likert los rangos variaron desde 1 a 5.

Actitudes en comunicación efectiva: Competencia que hace referencia al grado de disposición y estrategias de comunicación efectiva que usa el alumno y que son adquiridas en el externado e internado. Se midió usando la escala tipo Likert planteada.

Autocompetencia percibida en comunicación efectiva: Competencia que hace referencia a la autosuficiencia cuando se comunican con pacientes con diagnósticos desfavorables. Se midió usando la escala tipo Likert planteada.

5.5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO TEÓRICO

Para facilitar el manejo de los distintos artículos científicos citados se utilizó el gestor de referencias web “*PAPERPILE*”, para generar un manejo sistemático del marco teórico.

5.6. RECLUTAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el reclutamiento de sujetos de estudios se utilizó el software “Google Forms”, donde se creó un formulario con las diferentes preguntas extraídas de la encuesta validada citada. Se realizó las coordinaciones pertinentes con los delegados respectivos del séptimo año de Medicina, se obtuvo la lista total de alumnos y se envió la encuesta vía correo institucional, para disminuir costos, tiempo y maximizar la cantidad de participantes que

deseen contestar el formulario. Los formularios fueron enviados el 19 de agosto a los alumnos matriculados en el año 2023 en el último año de Medicina (anexo 1), se enviaron 5 recordatorios con un intervalo de 3-5 días a aquellos internos que aún no contestaban. El formulario estuvo disponible para ser llenado hasta el 12 de septiembre del 2023. Todos los datos recolectados se almacenaron en un apartado digital perteneciente a uno de los investigadores principales. Dicha base de datos obtenida se trató con confidencialidad y reserva pertinente.

5.7 VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Se utilizó la encuesta “*Palliative care self-reported practices scale (PCPS)*” para medir el nivel de habilidad en comunicación efectiva con pacientes terminales. Dicha encuesta consta de 6 dominios, con 3 ítems en cada uno (18 en total), y con una escala de respuesta del 1 al 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre, según la frecuencia con la que los evaluados utilizan o exploran estos ítems en sus pacientes. Esta encuesta fue validada en Japón en el 2010 por Yoko Nakazawa y col. (13) para la evaluación de habilidades comunicativas, prácticas y dificultades vividas en atención paliativa de profesionales de salud. Para la PCPS se encontró una correlación intra-clase de 0.64 a 0.74 para cada dominio. Dicha correlación intra-clase para el dominio de comunicación fue de 0.64 y una fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20) de consistencia interna de 0.87. Al no existir una validación al español de esta escala, en este estudio se estableció la validez y confiabilidad de esta escala, realizando una traducción al español y una adaptación intercultural posterior. En primer lugar, se hizo una traducción

directa, donde se pidió la participación de dos traductores externos a la investigación cuya lengua materna sea el español, uno de ellos tuvo conocimiento sobre los objetivos de la investigación y el otro no. Luego, para una síntesis, ambas traducciones fueron comparadas y discutidas hasta llegar a un consenso, con el fin de lograr una única versión en español. A continuación, se realizó la retro traducción, en la que se pidió la participación de dos expertos en traducción bilingüe cuya lengua materna era el inglés y ellos no tuvieron conocimiento acerca de los objetivos de la investigación ni del instrumento original usado. De la misma forma, luego en base a su informe se discutió si se encontraron o no brechas conceptuales o semánticas importantes entre el instrumento original y la nueva versión. Con todos estos informes generados se procedió a establecer una consolidación por un comité de expertos, con quienes se discutió si la versión final resultaba coherente con el instrumento original, los objetivos de la investigación y si podía ser comprensible por estudiantes de pregrado del último año de medicina. Los criterios de selección para el panel de expertos incluyeron: (a) Grado de médico especialista en oncología, medicina interna o geriatría, (b) experiencia amplia en el manejo asistencial de pacientes en cuidados paliativos, (c) dominio avanzado en lectura y escritura del idioma inglés, (d) voluntad y experiencia en haber participado en investigaciones enfocadas en cuidados paliativos. Se realizó un informe en el cual se incluyó la decisión tomada por el comité de expertos y la nueva versión del instrumento consolidado. Por último, para evaluar la aplicabilidad y viabilidad de la nueva versión del instrumento adaptado, se

ejecutó un estudio piloto, calculando el tamaño muestral para dicho ejercicio tomando en cuenta distintos criterios como incluir entre un 3 a 5% de la población total en estudios pequeños para lograr una curva de normalidad (16), y usando la fórmula establecida por W. Viechtbauer et al. (17) se pudo obtener un “n” de 19 estudiantes [IC:95%, probabilidad:15%]), luego se realizó un muestreo no probabilístico intencional, debido a la homogeneidad y tamaño de la población evaluada, para conseguir una muestra representativa. Se solicitó que contesten la nueva versión del instrumento validado y se les invitó a comentar si es que encontraron alguna dificultad o aspecto que se les haya hecho difícil de comprender (18). Luego de este proceso, se obtuvo la versión final traducida y adaptada, la cual fue utilizada para ser enviada en los formularios.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

5.8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se elaboró un consentimiento informado de acuerdo a los lineamientos de la CIEI de la UPCH (Anexo 2).

5.8.2 CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS:

Los datos recogidos de índole personal que se registraron en la encuesta fueron almacenados en una base de datos virtual perteneciente al investigador principal, donde solo el investigador y el asesor tuvieron acceso.

5.8.3 PAGO A LOS PARTICIPANTES:

No se consideró remuneración alguna de carácter económico o material para los participantes del presente estudio.

5.8.4 CONSECUENCIAS EN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

El objetivo de nuestro estudio fue establecer el nivel percibido de habilidad en comunicación efectiva en los estudiantes. Sin embargo, el participante encuestado, además de tener una noción acerca de su nivel de habilidad en este tema al responder el formulario, también podría servir como puerta de entrada para que el estudiante busque información adicional que le ayude a mejorar su conocimiento en un tema tan importante como este.

5.9 ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez que concluido con el proceso de recolección de datos, se procedió a calcular el puntaje obtenido, así como el nivel de habilidad de cada participante del estudio. Para el cálculo del puntaje, se usó la escala tipo Likert propuesta por el estudio original, desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Luego se calcularon los promedios para cada tópico en específico y para el total del test y se obtuvieron puntajes individuales y de toda la muestra. Por último, se realizó el análisis descriptivo de todos los datos recolectados, obteniéndose medias, medianas, modas, porcentajes y medidas de dispersión.

6. RESULTADOS

Se envió la encuesta a un total de 179 alumnos matriculados en el 2023, de los cuales 147 respondieron el formulario (tasa de respuesta: 82,1%). Las encuestas fueron llenadas adecuadamente y cumplieron los criterios de selección, por lo cual se incluyeron a todos los participantes en el análisis descriptivo. La media de edad fue 24,6 años (Rango: 22 -29 años). La moda de la edad fue de 24 años (67 participantes, 45,6%). Predominó el género femenino con 81 mujeres (55,1%) y 66 hombres (44,9%). La distribución por grupo etario y género se ve en la tabla 1. Del total de encuestados, 69 (46,9%) participantes indicaron que nunca habían tenido que comunicar alguna mala noticia, mientras que 78 participantes (53,1%) sí tuvieron que hacerlo, 8 (5,4%) de ellos en el externado, 51 (34,7%) en el internado y 19 (12,9%) en el externado e internado (tabla 2). Sobre la mala noticia que tuvieron que comunicar, 44 participantes (56,4%) señalaron que fue por una neoplasia maligna en cualquier estadio como diagnóstico, 12 encuestados (15,4%) tuvieron que informar la muerte de un paciente. El resto de patologías mencionadas se ven en la tabla 3. Se exploró si los estudiantes habían sido observadores de una situación dónde un médico informaba acerca de un diagnóstico desalentador a un paciente y 18 de ellos (12,2%) mencionaron que no habían sido partícipes de aquella situación, mientras que 129 (87,9%) informaron sí haber tenido dicha experiencia (tabla 2). De aquellos que no habían tenido esta experiencia, solo el 16,7% consideraron que se sentían preparados para informar una mala noticia, mientras que el 83,3% no se sentían capacitados en esta área.

Se encontró diferencias estadísticas significativas entre haber atestado una situación donde un médico informó algún diagnóstico desfavorable y la autopercepción de tener la suficiente capacidad para informar una mala noticia. Los internos que no habían tenido esta experiencia tenían más probabilidad de admitir que no se sentían capacitados para informar un diagnóstico desfavorable (Estadística $\chi^2 = 16,7$; $gl=2$; $p=0,05$; $V=0,34$). Con respecto a los puntajes alcanzados, se obtuvo una media de $4,15 \pm 0,43$ puntos sobre 5, considerando la totalidad del formulario aplicado. Para cada ítem en particular, en la sección “Dolor”, los participantes obtuvieron una media de $4,26 \pm 0,53$. En la sección “Delirio”, se obtuvo una media de $3,67 \pm 0,8$, y en el apartado de “Disnea”, una media de $4,39 \pm 0,52$. En la sección “Información al paciente y su familia”, los encuestados obtuvieron una media de $4,25 \pm 0,5$, y en el apartado “Atención centrada en el paciente”, se obtuvo una media de $4,31 \pm 0,54$. Por último, en la sección “Atención en la fase cercana a la muerte”, se calculó una media de $4,0 \pm 0,69$.

7. DISCUSIÓN:

Como futuros médicos, evitar la muerte de una persona debería ser nuestro más alto deseo; sin embargo, en situaciones donde la muerte resulta inminente, el alivio del sufrimiento debiera ser el objetivo más apropiado. Para lograr esto, resulta fundamental establecer una relación de confianza y comunicación abierta y honesta con el paciente y su familia. Por otro lado, el médico se enfrenta con muchas dificultades a la hora de tocar estos temas: un pronóstico incierto, muchas veces difícil de calcular para el mismo médico (19), una comprensión no realista de la enfermedad por parte del paciente o una excesiva confianza por el tratamiento (20), entre otras. Es por esta razón, que la Facultad de Medicina de la UPCH se ha preocupado en proporcionar capacitación a sus estudiantes en temas de información de malas noticias. Sin embargo, surge la necesidad de medir el nivel de competencia alcanzado por sus estudiantes, sobre todo cuando se enfrentan realmente a pacientes terminales. En nuestro estudio se evidenció que los internos de medicina poseen en general un nivel de competencia adecuado, con una media total de $4,15 \pm 0,43$ sobre 5 puntos y una media para cada uno de los 6 tópicos que varió desde 3,67 hasta 4,39, lo que puede resultar alentador si lo comparamos con estudios similares. En dos estudios realizados entre el 2008 y el 2015, y en el 2022, utilizando el mismo instrumento, se encontró que la media obtenida fue de $3,8 \pm 1,2$, $4,1 \pm 1,2$ y $3,8 \pm 0,8$ (21,22). Aunque la población estudiada fueron enfermeras de institutos neoplásicos y hospitales comunitarios de Japón, con una media mayor a 5 años de trabajo asistencial y la mayoría con entrenamiento en

cuidados paliativos. Por otro lado, en un estudio realizado en el 2015 en 706 médicos especialistas para establecer el impacto de un programa de entrenamiento en cuidados paliativos, más de la mitad de ellos trabajando en institutos neoplásicos de 4 regiones de Japón, se obtuvo una puntuación media de 3,6 +/- 0,79 en una primera evaluación y 3,7 +/- 0,77 en una segunda (23). Esto es 0,55 puntos por debajo del resultado en nuestro grupo de estudio. Consideramos que existen varias razones por las que los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UPCH perciben altas sus habilidades de comunicación. Por un lado, la universidad propone un rápido contacto de sus estudiantes a ambientes hospitalarios desde los primeros años de formación, lo cual permite que ellos puedan observar y aprender desde un punto de vista más práctico y vivencial los diferentes escenarios clínicos que un hospital ofrece. Esto es evidenciado en las respuestas de los encuestados, ya que casi 90% de ellos habían atestiguado la comunicación de alguna mala noticia por parte de un médico asistente o residente. Por su parte, más de la mitad de alumnos ya había comunicado alguna mala noticia a un paciente o familiar, incluso antes de iniciar su internado. Los alumnos se enfrentan a pacientes con enfermedades terminales desde antes de iniciar sus rotaciones en el internado, lo que puede permitir un aprendizaje directo junto a médicos asistentes con mayor experiencia tanto en el manejo clínico, como en la comunicación de malas noticias. Los estudiantes también pueden observar cómo los médicos resuelven las distintas barreras que existen cuando deben manejar a este tipo de pacientes. Por otro lado, la Facultad de Medicina ha implementado distintos tópicos

tanto en ética médica, como en comunicación de malas noticias en los últimos años, lo que resulta importante a la hora de que los estudiantes se puedan comunicar de manera efectiva con los pacientes críticamente enfermos. Además, se puede lograr que se favorezca la participación activa del estudiante en forma de talleres como simulación, antes de introducirlos a la práctica hospitalaria, los que serían efectivos en lograr esta habilidad comunicativa según nuestros resultados. En ese

sentido, en nuestro estudio se pudo evidenciar que más de la mitad de los encuestados se sienten capacitados para comunicar una mala noticia a pacientes o familiares. En contraste con lo descrito por Lenkiewickz et al. (24) y Díaz Martínez et al (25), donde solo 18,7% y 10,5% de estudiantes de medicina sentían tener habilidades en estas áreas en Polonia y Colombia, respectivamente. Por lo detallado, probablemente nuestros encuestados, al ser expuestos de forma más precoz a ambientes hospitalarios desarrollan una auto percepción de mayor conocimiento en entrega de malas noticias, si los comparamos con otras realidades educativas. Incluso en el mismo estudio de Polonia, se evidencian brechas aún más importantes a la hora de implementar prácticas a los estudiantes de medicina, pues 90% de dichos encuestados admitieron nunca haber tenido una experiencia directa con respecto a la comunicación de malas noticias con un médico asistente o residente (25). Nuestro estudio también evidenció que el 87,8% de encuestados había observado de forma directa cuando un médico comunicaba una mala noticia, algo similar a lo observado por Kiluk et al (26) en Florida, Estados Unidos, donde el 95,5% de estudiantes de medicina

en una rotación de oncología afirmaban lo mismo. Por otra parte, en nuestro estudio se pudo establecer que aquellos estudiantes que habían observado un escenario de comunicación de malas noticias tenían más probabilidad de sentirse cómodos o auto suficientes para ellos mismos en manejar estos tipos de situaciones. Cuando existe una buena base teórica en la entrega de malas noticias, pero, más importante aún, se desarrollan además experiencias reales con médicos asistentes experimentados, los estudiantes pueden sentir que han sido partícipes de un proceso de aprendizaje mucho más sólido. El alumno no sólo observará qué técnicas usa el médico a la hora de comunicarse con un paciente que se acerca al final de la vida o sus familiares, sino que experimentará las emociones y reacciones de un paciente real, así como sus miedos, dudas y expectativas, lo que le permitirá conocer las principales barreras que existen cuando se lleva a cabo esta comunicación, y son justamente estas barreras que muchas veces limita a un médico joven a sentirse seguro o listo para comunicar de manera efectiva cualquier información desalentadora para el paciente.

Si bien nuestro estudio se diseñó para ser aplicado de forma transversal, consideramos importante repetir esta forma de evaluación en un futuro próximo, para determinar si aparece alguna mejora en las habilidades comunicativas o los resultados se mantienen en el tiempo en estos alumnos. De hecho, existen múltiples estudios donde se comparan a médicos, antes y después de recibir entrenamiento en algún programa de comunicación. Por ejemplo, Yamamoto et al (27) aplicaron el instrumento que utilizamos en un grupo de 223 médicos que atienden pacientes con cáncer en Japón, antes y

2 meses después de terminar un programa que busca formar en cuidados paliativos primarios, y encontraron mejoras significativas entre ambos momentos en los puntajes iniciales ($3,45 \pm 0.8$ vs. $3,87 \pm 0.6$). Por otro lado, Inoue et al (28) compararon a dos grupos de médicos especializados en cáncer de pulmón en el 2019, también en Japón, donde el primer grupo había participado en un taller a cargo del programa PEACE y el segundo no, y encontraron igualmente diferencias significativas entre los puntajes de ambos grupos (4,0 vs 3,76).

Los últimos cambios en la demografía, el incremento de la edad media poblacional y la incidencia incrementada de enfermedades crónicas y oncológicas han generado un cambio en el entendimiento y el manejo en cuidados paliativos. Todo esto de una u otra forma, obliga a las facultades de medicina a revisar o mejorar los cursos o programas ofrecidos en comunicación de malas noticias y cuidados paliativos para conseguir una formación integral, sobre todo en los temas donde se ve una menor auto percepción de estas habilidades.

Por ejemplo, en nuestro estudio se evidenció que los estudiantes encuestados percibieron tener un nivel de competencia alto en las secciones de “disnea”, “atención centrada en el paciente”, “dolor”, “información al paciente y su familia” y “atención en la fase cercana a la muerte”. Sin embargo, los estudiantes admitieron tener un nivel de competencia relativamente menor en el tópico “delirio”, con un puntaje medio de 3,67. Siendo, el delirio muy prevalente en pacientes terminales, y asociándose con un mayor malestar y

alta mortalidad, una estrategia no farmacológica y una comunicación efectiva con los familiares y sus cuidados (incluyendo educación sobre el delirio) resultará fundamental para disminuir el malestar generado por este problema (28). En este sentido, se podrían mejorar los programas y talleres sobre comunicación efectiva, sobre todo en temas relacionados al manejo del delirio. El médico en formación debe tener en claro que una evaluación exhaustiva junto con una comunicación con el paciente y su familia son esenciales no solo para identificar la etiología, los síntomas y la dolencia generada en el paciente, sino para tomar decisiones acertadas en el manejo del delirio en el paciente, mejorando la calidad de vida y minimizando el malestar generado.

LIMITACIONES: Debido al diseño del estudio, no fue posible hacer un muestreo aleatorio, por lo que se optó por un muestreo por conveniencia para tratar de llegar al 100% de la población elegible. Por otro lado, no se pudo llegar a un porcentaje de participación adecuado cuando se envió el formulario por primera vez, por lo que se tuvo que enviar varios recordatorios, lo que pudo haber afectado la calidad y sinceridad de las respuestas posteriores. Por otro lado, no existe un instrumento validado de mida las habilidades comunicativas específicamente en alumnos de pregrado, por lo que se validó en personal de salud en general. Sin embargo, consideramos que, por las competencias forjadas por el estudiante de medicina en esta etapa de formación, sí es factible su uso en ellos. El estudio fue planteado para ser ejecutado de forma transversal; sin embargo, un estudio longitudinal que compare a nuestra población en el tiempo hubiese

sido lo ideal. Esto no fue posible por cuestiones de tiempo y recursos, pero puede realizarse en futuras investigaciones.

No existen estudios previos en internos de medicina, no solo de la UPCH sino de otra universidad en el Perú, lo que imposibilita realizar comparaciones temporales en estas competencias.

RECOMENDACIONES: Resulta importante, para el entrenamiento en habilidades comunicacionales, la práctica con pacientes simulados, los juegos de roles y las sesiones de retroalimentación que surgen de estas. Sin embargo, tomando en cuenta las limitaciones que existen en estas actividades de aprendizaje, es fundamental que se incluyan en la formación del alumno las experiencias personales en contextos hospitalarios reales, pero de alguna forma de manera estandarizada por la universidad, en los modelos de enseñanza que se utilizan y orientados en la entrega de malas noticias, sobre todo en pacientes que se encuentran al final de la vida. De esta forma se pueden incluir todos los estilos de aprendizaje que los estudiantes poseen y tomando en cuenta, en base a futuros estudios, los aspectos que los alumnos perciban como más complicados a la hora de comunicar malas noticias: diagnóstico, pronóstico y cuidados al final de la vida con este tipo de pacientes.

8. CONCLUSIONES

Nuestro estudio determinó que los internos de Medicina de la UPCH perciben tener un alto nivel de competencia en estrategias de comunicación efectiva con pacientes terminales de la vida y con sus familiares. Los puntajes obtenidos en los tópicos de “dolor”, “disnea”, “atención centrada en el paciente”, “atención cercana a la fase de la muerte” e “información al paciente y su familia” fueron los más altas; sin embargo, en el tópico de “delirio” el puntaje fue relativamente bajo. Debido a esto es de importancia que se mejoren los talleres de comunicación efectiva en esta área y se siga fortaleciendo y actualizando en el resto de tópicos. Además, se pudo determinar que más de la mitad de internos habían comunicado una mala noticia y se perciben capaces en esta área. Por otro lado, casi todos los internos habían observado la comunicación de un diagnóstico desfavorable por parte de un médico en un escenario real, encontrando que aquellos que no habían tenido esta experiencia tenían más probabilidad de admitir que no se sentían autosuficientes en esta área.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–6. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440](http://dx.doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440).
2. PEACE project. Japanese Society for Palliative Medicine. [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.jspm.ne.jp/english/GovernmentCommissionedProject/peace.html>
3. Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Intern Med*. 2003;138(5):439–43. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-138-5-200303040-00028>
4. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25(36):5748–52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>
5. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469–78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
6. Gordon EJ, Daugherty CK. “Hitting you over the head”: oncologists’ disclosure of prognosis to advanced cancer patients. *Bioethics* [Internet]. 2003;17(2):142–68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8519.00330>
7. Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp K. Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2010;21(6):1145–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp534>
8. Apatira L, Boyd EA, Malvar G, Evans LR, Luce JM, Lo B, et al. Hope, truth, and preparing for death: perspectives of surrogate decision makers. *Ann Intern Med*. 2008;149(12):861–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-149-12-200812160-00005>
9. Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, Chrischilles EA, Kahn KL, Ritchie CS, et al. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA*. 2016;315(3):284. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.18604>
10. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in physicians’ prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *West J Med* [Internet]. 2000;172(5):310–3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ewj.172.5.310>

11. Urahama N, Sono J, Yoshinaga K. Comparison of the accuracy and characteristics of the prognostic prediction of survival of identical terminally ill cancer patients by oncologists and palliative care physicians. *Jpn J Clin Oncol*. 2018;48(7):695–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyy080>
12. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med*. 2013;16(11):1423–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0112>
13. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*. 2010;13(4):427–37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0289>
14. MINSA Boletín epidemiológico 2014, Lima Vol 23 semana 22 [citado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/22.pdf>
15. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*. 2009;23(8):754–66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309106871>
16. Babbie E. *Fundamentos de la investigación social*. 3ª edición. Ciudad de México: 2000. Páginas 232-256.
17. Viechtbauer W, Smits L, Kotz D, Budé L, Spigt M, Serroyen J, Crutzen R. A simple formula for the calculation of sample size in pilot studies. *J Clin Epidemiol*. 2015 Nov;68(11):1375-9. doi: [10.1016/j.jclinepi.2015.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.04.014).
18. Jiang W, Fenwick EK, Lamoureux EL, Zhang Z, Feng Y, Wang Y, Yang X. Linguistic and Cultural Validation of the Diabetic Retinopathy Knowledge and Attitudes Scale (DRKA) in a Chinese Population. *Transl Vis Sci Technol*. 2023 Jun 1;12(6):17. doi: 10.1167/tvst.12.6.17.
19. Krawczyk M, Gallagher R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of family members. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):59. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0133-4>
20. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment

preferences. JAMA. 1998;279(21):1709–14.
doi:<https://doi.org/10.1001/jama.279.21.1709>

21. An R, Zhang SF, Huang XX, Zhao XY, Cao T, Bai L, Wan QQ. Self-reported practices, competence and difficulties towards palliative care among nurses: A cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Nov;31(6):e13688. doi: 10.1111/ecc.13688.

22. Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Changes in Nurses' Knowledge, Difficulties, and Self-reported Practices Toward Palliative Care for Cancer Patients in Japan: An Analysis of Two Nationwide Representative Surveys in 2008 and 2015. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2):402-412.

23. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, Suzuki S, Kinoshita H, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Aug;50(2):232-40.

24. Lenkiewicz J, Lenkiewicz O, Trzeciński M, Sobczak K, Plenikowski J, Przeniosło J, Kotłowska A. Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 24;19(5):2622. doi: [10.3390/ijerph19052622](https://doi.org/10.3390/ijerph19052622).

25. Díaz-Martínez LA, Cuesta Armesto MH, Díaz Rojas MJ. Perspectivas de estudiantes de medicina colombianos sobre su formación para dar malas noticias: un estudio transversal. *Educ. Méd*. 2021; 22 :305–313. doi: [10.1016/j.edumed.2021.05.009](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.05.009)

26. Kiluk JV, Dessureault S, Quinn G. Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. *J Cancer Educ*. 2012;27(2):277–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-012-0312-9>

27. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Ohde S, Tetsumi S, Miyashita M. Outcome Evaluation of the Palliative Care Emphasis. *J Palliat Med*. 2015;18(1):9-45. DOI: [10.1089/jpm.2014.012226](https://doi.org/10.1089/jpm.2014.012226). Inoue A, Yamaguchi T, Tanaka K, Sakashita A, Aoe K, Seki N, Hagiwara K. Benefits of a Nationwide Palliative Care Education Program on Lung Cancer Physicians. *Jpn J Intern Med*. 2019;85(5):1399-1403. DOI: [10.2169/internalmedicine.0872-18](https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0872-18)

28. Agar, M., & Bush, S. H. (2020). Delirium at the end of life. *The Medical Clinics of North America*, 104(3), 491–501. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.00>

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Grupo etario según género

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
22-23 años	6	4,1	10	6,8	16	10,9
24-25 años	48	32,7	58	39,5	106	72,1
26 o más años	12	8,2	13	8,8	25	17,0
TOTAL	66	44,9	81	55,1	147	100,0

Tabla 2: Experiencia sobre comunicar malas noticias en su formación según género

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Se siente suficientemente preparado para comunicar una mala noticia en estos momentos?						
Sí	42	28,6	46	31,3	88	59,9
No	24	16,3	35	23,8	59	40,1
¿Alguna vez usted comunicó una mala noticia?						

Nunca	25	17,0	44	29,9	69	46,9
Solo internado	28	19,0	23	15,6	51	34,7
En internado y externado	9	6,1	10	6,8	19	12,9
Solo externado	4	2,7	4	2,7	8	5,4
¿Alguna vez usted atestiguó cuando su médico residente o asistente comunicó una mala noticia?						
Nunca	6	4,1	12	8,2	18	12,2
Solo internado	29	19,7	27	18,4	56	38,1
En internado y externado	25	17,0	32	21,8	57	38,8
Solo externado	6	4,1	10	6,8	16	10,9

Tabla 3: Diagnósticos sobre los que comunicaron una mala noticia

Diagnóstico	Masculino		Femenino		Total (*)	
	n	%	n	%	n	%
Neoplasias	21	26,9	23	29,5	44	56,4
Muerte	6	7,7	6	7,7	12	15,4
Patologías infecciosas	6	7,7	3	3,8	9	11,5
Patologías neurovasculares	4	5,1	3	3,8	7	9,0
Patologías quirúrgicas abdominales	2	2,6	4	5,1	6	7,7
Complicaciones traumatológicas	2	2,6	1	1,3	3	3,8
Enfermedades crónicas no transmisibles	3	3,8	0	0,0	3	3,8

Cirrosis	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Complicaciones obstétricas	2	2,6	0	0,0	2	2,6
TOTAL	47	60,3	41	52,6	88	112,8

(*) Algunos estudiantes mencionaron más de un diagnóstico o enfermedad

Tabla 4: Puntaje promedio por tópicos según género

Tópicos evaluados	Femenino		Masculino		General	
	Puntaje		Puntaje		Puntaje	
	promedio	DE	promedio	DE	promedio	DE
Dolor	4.28	0,54	4.25	0,53	4.26	0,53
Delirio	3.68	0,78	3.66	0,82	3.67	0,82
Disnea	4.39	0,5	4.38	0,55	4.39	0,52
Información al paciente y su familia	4.26	0,5	4.24	0,5	4.25	0,5
Atención centrada en el paciente y su familia	4.31	0,54	4.30	0,54	4.31	0,54
Atención en la fase cercana a la muerte	4,02	0,68	3.97	0,7	4.00	0,69
TOTAL	4.16	0,42	4.13	0,44	4.15	0,43

DE: Desviación estándar

ANEXOS

ANEXO 1

“Competencias autopercebidas sobre habilidades comunicativas con pacientes que se acercan al final de la vida y sus familias en alumnos de pregrado de medicina”

La presente encuesta tiene como único fin conocer el nivel de habilidad en comunicación con pacientes que se acercan al final de la vida y sus familiares. Esta encuesta no busca calificar académicamente a los participantes ni perjudicarlos en ningún sentido.

Los datos personales brindados serán conocidos únicamente por los investigadores.

GENERALIDADES

EDAD:

SEXO:

¿Alguna vez en su externado o internado, ha tenido que comunicar una mala noticia a un paciente o familiar de paciente? Sí / No

Si su respuesta fue “sí”, ¿sobre qué diagnóstico o enfermedad?

¿En su externado o internado, usted ha sido partícipe o ha atestiguado cuando su médico asistente o residente le comunicó alguna mala noticia a un paciente? Sí / No

¿Se siente usted suficientemente preparado en estos momentos para comunicar alguna mala noticia a un paciente o sus familiares? Sí / No

PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
<i>Información</i>					
1. Confirmando la comprensión de la condición del paciente al obtener preguntas del mismo paciente o de la familia					
2. Hablo con el paciente y la familia en un lugar tranquilo y privado					
3. Uso preguntas abiertas cuando me comunico con el paciente o la familia					
<i>Atención centrada en el paciente y en la familia</i>					
4. Intento averiguar qué es importante para el paciente y la familia					
5. Trato de entender los deseos del paciente y la familia					
6. Trato de entender el sufrimiento del paciente y la familia					
<i>Dolor</i>					
7. Entiendo la situación del paciente que experimenta dolor					

8. Para evaluar el dolor, le pregunto al paciente directamente con respecto a la intensidad del dolor o utilizo la escala de intensidad del dolor cuando el paciente no puede responder					
9. Evalúo la efectividad de las dosis de rescate					
Delirio					
10. Ayudo en la orientación del paciente con un reloj o un calendario para prevenir y mejorar el delirio					
11. Evalúo el malestar generado por el deterioro del delirio (ej. orinar, defecar, dolor, ansiedad)					
12. Pregunto acerca de las preocupaciones de la familia sobre el delirio					
Disnea					
13. Para evaluar la disnea, pregunto al paciente directamente sobre la intensidad de esta o uso escalas visuales cuando el paciente no puede responder					
14. Entiendo la situación del paciente que experimenta disnea					

15. Ayudo al paciente a sentirse cómodo para aliviar la disnea					
Atención en la fase cercana a la muerte					
16. Rutinariamente pregunto sobre las preocupaciones de la familia en la fase de cercana a la muerte					
17. Evaluó el disconfort físico regularmente en la fase cercana a la muerte					
18. Evaluó la idoneidad de la atención brindada en la fase cercana a la muerte (ej. posicionamiento, restricción física, análisis de sangre, monitoreo de flujo urinario)					

ANEXO 2

Consentimiento

Investigador: Manuel Mateo Dávila Gutiérrez, bachiller en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia XXXXXXXXXX

Institución: CIEI - UPCH

Introducción: Los estamos invitando a un estudio para conocer el nivel de habilidades comunicativas de los estudiantes de séptimo año de medicina con pacientes críticamente enfermos y sus familias. La presente investigación está realizada por un alumno de la UPCH y cuenta con los permisos respectivos de los comités encargados

de supervisar estas actividades. Usted está en total libertad de realizar todas las preguntas que considere, tomarse todo el tiempo para decidir si desea participar o no en la investigación. Por otro lado, podrá solicitar en cualquier momento de la investigación que sus resultados sean borrados de la base de datos virtual generada, lo cual no generará ninguna consecuencia o responsabilidad para el participante que así lo desee. Incluso, si así lo considera, puede dejar de contestar cualquier pregunta en cualquier momento, ya sea de la misma encuesta o aquellas de índole personal.

Justificación, objetivos: Es importante conocer qué tantas habilidades comunicacionales poseen, ustedes, futuros médicos, ya que aplicándolas adecuadamente se ha visto que un paciente que se acerca al final de la vida y que es atendido por personal de salud capacitado en estas habilidades tendrá un mejor manejo y una mejor calidad de vida.

Procedimiento del estudio:

1. Si usted desea participar en el estudio responderá 18 preguntas enfocadas en conocer el nivel de habilidades comunicativas con pacientes terminales, específicamente en el área de conocimientos, actitudes y competencias percibidas (entiéndase esto último como el nivel de autosuficiencia que usted crea tener), validadas y comprobadas previamente por expertos en temas de cuidados paliativos.
2. El tiempo para llenar el formulario no debe de excederse más allá de los 10 minutos, pero usted puede manejar el tiempo como mejor crea.
3. Todos los datos, ya sean los propios de la encuesta o aquellos de índole personal, serán registrados por uno de los investigadores, a los que exclusivamente tendrán acceso los investigadores principales y el asesor

y no habrá forma de que sea identificado sus respuestas con sus datos personales.

4. Los datos serán tratados con total confidencialidad y reserva, y no serán usados para influir académicamente en ninguna calificación.
5. Con los datos recolectados se realizará un análisis estadístico, del que se desprenderán conclusiones pertinentes.
6. Los resultados y el informe final buscarán ser publicados en alguna revista científica, y podrán ser solicitados por usted de forma gratuita si así lo solicita.

Riesgos: No se prevé ningún riesgo para ninguno de los participantes en el presente estudio.

Beneficios: Si usted contesta las siguientes preguntas podrá conocer de forma precisa y con una escala validada su nivel en habilidades comunicativas con pacientes que se acercan al final de la vida.

Confidencialidad: Todos los datos, ya sean los propios de la encuesta o aquellos de índole personal, que se recolectan serán registrados en una base de datos virtual de uno de los investigadores, a los que exclusivamente tendrán acceso los investigadores principales y el asesor. Los datos serán tratados con total confidencialidad y reserva, y no serán usados para influir académicamente en ninguna calificación. La base de datos que se genere podría ser usada en caso se requiera para futuras investigaciones, para lo cual se tendrá que solicitar de nuevo con su aprobación. Usted podrá solicitar en cualquier momento de la investigación que sus resultados sean borrados de la base de datos virtual generada, lo cual no generará ninguna consecuencia o responsabilidad para el participante que así lo

desea. Por otro lado, usted, si así lo considera, puede dejar de contestar cualquier pregunta en cualquier momento, ya sea de la misma encuesta o aquellas de índole personal.

Costo: Los costos de la investigación serán cubiertos totalmente por los investigadores principales. Así mismo, usted no obtendrá remuneración alguna de carácter económico o material al participar del presente estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN:

Por al menos 10 años en una base de datos virtual, a la que únicamente tendrá acceso el investigador principal y el asesor, sin embargo, estos datos podrán ser usados para futuras investigaciones. Estos datos serán solo identificables por códigos. Si no desea un uso futuro de los datos brindados en esta encuesta, serán borrados al concluir la investigación. Acepto voluntariamente que los datos brindados en esta encuesta podrían ser usados en diferentes investigaciones, los próximos 10 años (Luego de este periodo, los datos serán borrados)

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Si decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento si así lo considera. En caso de cualquier duda antes de participar en el presente estudio puede comunicarse al correo institucional del investigador principal (manuel.davila.gutierrez@upch.pe) o al número [REDACTED]