

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES DEL MÉDICO EN  
EL PROCESO DE COMUNICAR MALAS NOTICIAS A UN PACIENTE CON  
ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA  
LIMITADO. HOSPITAL SOLCA, NÚCLEO QUITO, MAYO-JUNIO 2014”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO  
CIRUJANO/A**

**JEIMY GISSELLA ARTEAGA ROSERO**

**DIRECTOR: DRA. XIMENA POZO**

**QUITO, NOVIEMBRE 2014**

**DIRECTOR DE DISERTACIÓN:**

Doctora Ximena Pozo

**ASESORA METODOLÓGICA:**

Mgtr. Patricia Ortiz

**TERCER LECTOR:**

Dr. José Mosquera

## **DEDICATORIA**

A mi Dios, quien ha estado conmigo siempre en cada paso que doy, amándome infinitamente, guiándome, cuidándome, dándome fortaleza y llenando de bendiciones mi vida.

A mí amada madre Eugenia, quien me ha brindado el amor más lindo y bello que una madre puede dar y a lo largo de mi vida con mucho amor y ternura ha velado por mi bienestar y educación.

A mis padres de sangre y de corazón, Carlos y Patricio, quienes me han brindado su apoyo y han hecho de mi una mejor persona a través de su ejemplo, consejo, enseñanzas y amor.

A mis abuelitas Tulita y Anita, a mi tía abuela Fabiolita y a mi abuelito Armando quienes con su dulzura, ternura y amor me han apoyado e impulsado siempre durante toda mi vida.

A la memoria de mi abuelito Arnulfo y mi tío Oscar, quienes me dejaron la herencia de la honradez, rectitud, el hábito del estudio y la superación constante.

A mi hermano Juan Manuel, que nunca me ha negado su amor, apoyo, paciencia, ni ha dejado de alentarme en todo momento y que junto con mi madre han sido mi principal motivación.

Es por ustedes que soy los que soy ahora. Los amo con mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser el pastor incondicional de mi vida y quien me acompañará por el resto de mis días y carrera profesional.

A todo el personal del Hospital SOLCA Núcleo Quito por permitirme realizar mi investigación en la institución.

A mi directora Dra. Ximena Pozo porque gracias a sus conocimientos me permitió concretar el presente trabajo. A mi asesora metodológica Mgtr. Patricia Ortiz que me apoyo durante la realización de este trabajo. Y a mí tercer lector Dr. José Mosquera quien me ayudó a finalizar el proceso.

A la Universidad Católica y todos sus docentes por los conocimientos impartidos y enseñanzas de enfoque humanístico que serán la base de mi carrera como médica.

A mi familia, amigos y demás personas que han sido un apoyo y han colaborado con esta investigación

## Tabla de Contenidos

Págs.

<b>RESUMEN .....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	5
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. ¿QUÉ SON MALAS NOTICIA EN MEDICINA? .....	7
2.2 EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO (P.C.V.L.).....	9
2.2.1. Definición .....	9
2.2.2. Derechos del paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (P.C.V.L) .....	10
2.2.3. Las etapas de adaptación del paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. (Etapas de Kübler- Ross).....	12
2.3. PROCESO COMUNICATIVO CON EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO.....	14
2.3.1. Definición .....	14
2.4. HABILIDADES COMUNICATIVAS EN MEDICINA .....	16
2.4.1. Definición .....	16
2.4.2. Clasificación .....	17
2.5. EMPATIA MÉDICA .....	21
2.5.1. Definición .....	21
2.5.2. Componentes de la empatía .....	21
2.5.3. Fases de la empatía .....	22
2.5.4. Relacion empatica con el P.C.V.L. ....	22
2.5.5. Consideraciones en el ámbito de atención médica.....	23
2.6. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL .....	24
2.7. ESCENARIO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A UN PCVL. ....	25

2.8. FASES DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS .....	28
2.9. GUÍAS CLINICAS Y PROTOCOLOS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS .....	33
2.10. EL MÉDICO EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS. ....	34
2.11. FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES DEL MÉDICO EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS. ....	36
2.12. BREAKING BAD NEWS ASSESSMENT SCHEDULE (BAS).....	40
2.13. ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (JPSE) .....	42
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>44</b>
3.1. OBJETIVOS .....	44
3.1.1. General:.....	44
3.1.2. Específicos: .....	44
3. 2. HIPÓTESIS: .....	45
3. 3.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	45
3.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	46
3.3 MUESTRA .....	49
3.4 TIPO DE ESTUDIO .....	49
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	49
3.6 VALIDACIÓN .....	50
3.7 ANÁLISIS DE DATOS.....	51
3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	52
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	53
4.2. ANALISIS MULTIVARIAL.....	65
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>93</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS:**

**Gráfico 1.** Distribución de los médicos residentes encuestados del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, según especialidad y subespecialidad en la que laboraban.

**Gráfico 2.** Distribución en porcentaje de los médicos residentes según cuál protocolo conocían. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Gráfico 3.** Distribución en porcentaje de la disponibilidad de tiempo de los médicos para el proceso de comunicación de malas noticias a un P.C.V.L. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014

**Gráfico 4.** Distribución en porcentaje de la disponibilidad de espacios físicos de los médicos para el proceso de comunicación de malas noticias a un P.C.V.L. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Gráfico 5.** Distribución según número promedio de interrupciones recibidas durante el proceso comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, a un P.C.V.L

**Gráfico 6.** Distribución en porcentaje de los médicos residentes encuestados del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, según lugar donde informan una mala noticia a un P.C.V.L.

**Gráfico 7.** Distribución en porcentaje según puntuaciones en las dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

## **LISTA DE TABLAS:**

**Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje según características demográficas y de tipo de residencia médica de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 2.** Edad en años y meses de trabajo como residente de los médicos residentes del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 3.** Características de formación profesional de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 4.** Lugar donde los médicos recibieron capacitación y a través de donde obtuvieron información sobre el proceso de comunicación de malas noticias Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 5.** Puntuaciones y percentiles en Escala de Empatía Médica de Jefferson de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 6.** Puntuaciones y percentiles en el Breaking Bad News Assesment Schedule (BAS) de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 7.** Puntuaciones y percentiles de la escala del escenario del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 8.** Puntuaciones generales en las dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 9.** Relación empática con el P.C.V.L. vs características demográficas y de residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 10.** Relación empática con el P.C.V.L. vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 11.** Habilidades comunicativas vs características demográficas y de residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 12.** Habilidades comunicativas del médico vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 13.** Escenario del P.C.M. vs características demográficas y residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

**Tabla 14.** Escenario del proceso de comunicación de malas noticias vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS:**

**P.C.M.:** Proceso de comunicación de malas noticias.

**P.V.C.L.:** Paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado.

## **ANEXOS:**

*Anexo 1.* Encuesta PCMN

*Anexo 2.* Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) (Versión PS)

*Anexo 3.* Breaking Bad News Assesment Schedule(B.A.S.)

*Anexo 4.* Revised B.A.S. for Self-Assessment

*Anexo 5.* Traducción y certificación del Breaking Bad News Assesment Schedule (B.A.S.)

*Anexo 6.* Escala del Escenario del Proceso de Comunicación de Malas Noticias.

*Anexo 7.* Carta de presentación para participantes de la investigación.

*Anexo 8.* Consentimiento Informado

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características demográficas, de formación profesional y de residencia médica que pueden facilitar u obstaculizar al médico residente para el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (P.V.C.L.) en el Hospital SOLCA, Núcleo Quito. Mayo- Junio 2014.

**Tipo de Estudio:** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Materiales y métodos:** En una muestra de 62 médicos residentes, se aplicó una encuesta auto administrada conformada por características demográficas, de formación profesional, de residencia médica, el Breaking Bad News Assesment Schedule (BAS) y la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ), además de preguntas en relación al escenario del proceso de comunicación de malas noticias. Posteriormente se realizó el análisis de los datos obtenidos en el SPSS 21. Para el análisis univariado, se utilizó frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y para variables cuantitativas promedios y medianas. Se utilizó  $\chi^2$  como medida de significancia y OR.

**Resultados:** La muestra estuvo por 62 médicos residentes, 58,68% fueron mujeres y 40,32% hombres, distribuidos en un rango de edad de 26 a 33 años. Del total de las encuestas realizadas se obtuvo que la mayoría de los encuestados: fueron mujeres en el 58.68%, integraban el grupo de especialidades médicas vinculadas con el paciente

en el 56.5%, pertenecían al grupo de edad comprendido por  $\geq 29$  años en el 51,6% y refirieron haber trabajado como residente  $\geq 18$  meses en el 53,2%. En relación a la formación profesional en comunicación de malas noticias el 61,29% no tuvo capacitación previa a lo largo de su carrera o práctica profesional, el 90.32% no conocía acerca de protocolos y guías clínicas y el 61,29% correspondió a capacitación informal.

Se obtuvieron mayores puntuaciones inadecuadas de habilidades comunicativas, relación empática y en el escenario, en las mujeres que en los hombres. Al comparar los grupos de edad, los médicos  $< 29$  años obtuvieron mayores puntuaciones inadecuadas que aquellos  $\geq 29$  años. Según los meses de trabajo como residente, se encontraron mayores puntuaciones inadecuadas en los médicos que tenían  $\geq 18$  meses en relación a los que tenían  $< 18$  meses. Las especialidades médicas “vinculadas con el paciente” obtuvieron mayores puntuaciones inadecuadas que aquellas “no vinculadas con el paciente”. Los médicos que no tenían capacitación en comunicación de malas noticias, tipo de capacitación informal y no capacitación en protocolos y guías clínicas obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en comparación con los otros.

En las tres dimensiones analizadas (relación empática, habilidades comunicativas y escenario) en el total de los encuestados se observó que: ningún médico obtuvo puntajes adecuados en las tres dimensiones, el binomio: habilidades comunicativas-relación empática fue el que menor puntuación adecuada presentó (6,5%) y la relación empática fue la que obtuvo menor puntaje adecuado (8,06%).

En el estudio se observó que el grupo comprendido por los médicos <29 años constituyó ser un factor de riesgo para presentar habilidades comunicativas inadecuadas con una asociación estadísticamente significativa ( $P= 0,030$ )

Los médicos residentes que no tenían capacitación en protocolos y guías clínicas para comunicación de malas noticias presentaron más riesgo de tener habilidades comunicativas inadecuadas con una asociación estadísticamente significativa ( $P=0,016$ ). En cuanto a los otros factores analizados no se obtuvieron resultados que demuestren una asociación estadísticamente significativa sin embargo es importante tomarlos en cuenta.

**Conclusiones:** La capacitación en general y específicamente en protocolos y guías para la comunicación de malas noticias constituye un factor facilitador muy importante y que influye en los demás para el proceso de comunicación de malas noticias. Existe una relación directa entre menos edad del médico y habilidades comunicativas inadecuadas, indicando la importancia en los médicos jóvenes de la capacitación en comunicación de malas noticias.

Existe un compromiso importante de las tres dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias a un P.V.C.L. investigadas en este estudio, que se relaciona con la no capacitación recibida.

**Palabras clave:** Comunicación médico-paciente, comunicación de malas noticias, cuidado enfermedad terminal.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the demographic, professional training and medical residency characteristics that may facilitate or balk to the resident physician for the process of breaking bad news to a patient with advanced chronic disease with limited life prognosis (P.V.C.L.) in SOLCA Hospital Nucleus Quito. May-June 2014.

**Type of Study:** A descriptive cross-sectional study.

**Materials and Methods:** In a sample of 62 resident physicians, a self-administered survey was applied, composed by demographic, professional training and medical residency characteristics, the Breaking Bad News Assessment Schedule (BAS) and the Jefferson scale of Physician Empathy (JSPE ); aslo the survey was composed by questions related to the stage of the process of breaking bad news. The data obtained were analyzed in SPSS version 21. Chi 2 and OR were used as a measure of significance.

**Results:** The sample size consisted of 62 medical residents, 58.68% were female and 40.32% male, distributed over an age range of 26-33 years old. Of all the surveys, it was found that the majority of respondents: were women at 58.68%, integrate the group of medical specialties “associated with patient” in 56.5% , belonged to the age group composed by  $\geq 29$  years in 51.6% and reported to worked as resident  $\geq 18$  months in 53.2%. In relation to the training in communication of bad news, the 61.29% had no training throughout their career or professional practice, 90.32% did

not know about protocols and clinical guidelines and 61.29% had informal training.

Higher inadequate scores in communication skills, empathic relationship and on stage were obtained in women than in men. When comparing age groups, physicians <29 years scored inadequate higher than those  $\geq 29$  years. According to months working as a resident, doctors who had  $\geq 18$  months scored inadequate higher compared to those with <18 months.. Medical specialties "related to the patient" obtained inadequate scores higher than those "not related to the patient." Doctors who had no training in breaking bad news, informal training and no training in protocols and clinical guidelines obtained more inadequate scores compared with the others.

In three dimensions analyzed (empathic relationship, communication skills and stage) of total respondents the result shows that: any physician obtained adequate scores in all three dimensions, the binomial: communication skills - empathic relationship was the less adequate score presented (6.5%) and empathic relationship was the less adequate score obtained. (8.06%)

The study found that the group composed by physicians <29 years constituted to be a risk factor for inadequate communication skills with a statistically significant association.(P = 0.030)

Residents who had no medical training on protocols and clinical guidelines for breaking bad news had higher risk of inadequate communication skills with a statistically significant association (P = 0.016).

The other factors discussed did not demonstrate a statistically significant association, however is important to keep them in consideration.

**Conclusions:** Training in general, and specifically on protocols and guidelines for breaking bad news is an important facilitator factor that influences others in the process of breaking bad news. There is a direct relationship between younger age of physicians and inadequate communication skills, indicating the importance of the training in breaking bad news in junior doctors.

The three dimensions of the process of delivering bad news to a PVCL investigated in this study, were affected which is related to the non-training received.

**Keywords:** Doctor-patient communication, breaking bad news, terminal illness care.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

El proceso de comunicación de malas noticias es una relación interpersonal y asistencial con el paciente en la cual participa un emisor (médico), un receptor (paciente y familia) y el código (mensaje) en este caso el concepto de enfermedad en fase terminal, progresión de la enfermedad, paso a tratamiento paliativo, entre otras. Este proceso además debe desarrollarse en un escenario. (1,2) Las características del escenario con el que contamos para el proceso de comunicación de malas noticias son muy importantes por la necesidad que existe de crear un clima de confianza, comodidad, privacidad y concentración (1); no siempre con adecuadas en nuestro medio.

En medicina una definición que contenga todas las circunstancias que puedan implicar todas las malas noticias es difícil establecer sin embargo las malas noticias suelen vincularse con situaciones en fase terminal.(1,3–6)

La OMS ha establecido criterios para identificar la enfermedad terminal sin embargo actualmente se está implementando el término paciente con enfermedad crónica avanzada con pronóstico de vida limitado (P.C.V.L.), que se utilizará en esta investigación.(7,8)

La comunicación constituye una de las herramientas principales para que el médico informe lo relacionado con su área de especialidad, una buena comunicación puede

ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente. Por otra parte un control adecuado de los síntomas resulta dificultoso si el paciente no cuenta con un apropiado entendimiento de su estado clínico. (7)

La Sociedad Americana de Oncología en 1998 registra, que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan malas noticias 5 a 20 veces al mes y reporta que el 42% presentó dificultad para comunicarla. Por lo tanto para oncólogos y los médicos que se desempeñan en el ambiente de los cuidados paliativos es esencial el conocimiento y la destreza en manejar situaciones complejas de comunicación con los pacientes y familiares. (6,7)

Se han desarrollado guías clínicas, protocolos y estrategias que ayuden a los profesionales durante el proceso de comunicación de las malas noticias en pacientes con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado, del mismo modo que hay variedad de malas noticias, no hay una única manera de abordarlas. Al revisar la literatura específica sobre este tema se ha encontrado varios protocolos que indican cómo se debería realizar el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. De todos ellos, los más representativos son el protocolo de seis pasos SPIKES y la estrategia de Buckman.(1,6)

En la actualidad se ha visto la necesidad de investigar acerca de habilidades comunicativas verbales y no verbales en medicina y empatía médica; componentes importantes de la relación asistencial.

Se han realizado varios estudios en cuanto a características demográficas, de tipo de residencia y formación profesional para evaluar la empatía médica utilizando la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ); un instrumento desarrollado específicamente para medir esta(11–13) y el Breaking Bad News Assessment Schedule(BAS); otra herramienta desarrollada en la temática de la salud para evaluar específicamente habilidades comunicativas para dar malas noticias.(14)

Hojat (12) observo en sus estudios que los médicos de sexo femenino en pruebas de empatía con el paciente y habilidades verbales obtienen valores superiores que los médicos hombres. Hojat, Saucedo- Chinchay y otros, en sus investigaciones con estudiantes de medicina demuestran que conforme los estudiantes tienen más años en la carrera las puntuaciones en la EEMJ disminuyen.(12,13,15)

Al hablar de características de residencia del médico como tipo de residencia (especialidad) y años de residencia, los estudios en cuanto a la relación empática y habilidades comunicativas realizados por Hojat, Saucedo- Chinchay y Mohamed reportan que el tipo de residencia de especialidades vinculadas con el paciente tales como medicina interna, medicina familiar, pediatría, medicina en urgencias, psiquiatría, obstetricia y ginecología son las especialidades médicas que mayores puntajes obtienen cuando son valorados.(12–14)

En cuanto a las características de formación profesional tales como capacitación previa en comunicar malas noticias, tipo de capacitación formal e informal y capacitación en protocolos y guías en los médicos, han sido investigadas en varios estudios, un ejemplo de estas investigaciones es el simposium realizado en 1998 por

la Sociedad Americana de Oncología (ASCO) donde se reportó que al menos 10% de los encuestados no tenían ningún entrenamiento formal en el proceso de comunicación de malas noticias. (9) En otros estudios realizados en Colombia y México para la capacitación previa e información recibida para la comunicación de malas noticias se revelan cifras de 36.6% y 56%.(7,16) Finalmente en un estudio realizado por Payan, et al.(16) se reportó que el 41.5% de médicos no conoce de guías clínicas ni protocolos para dar malas noticias; de ahí pues radica la importancia de su investigación.

Las características en que las malas noticias se comunican sin duda afectan a los pacientes y sus familias. La capacidad de comunicar malas noticias eficaz y sensiblemente implica no sólo la entrega de la información de manera clara, sino también proporcionar satisfacción al paciente con la atención que recibe, y aceptación del proceso que sigue.

## **JUSTIFICACIÓN**

El proceso de comunicación de malas noticias en pacientes con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado, es una de las situaciones donde las habilidades comunicativas del médico, empatía y el escenario que crea el profesional son de vital importancia. Existe poca información sobre estos aspectos específicos del proceso de entrega de malas noticias en Ecuador, por este motivo es necesario determinar las características socio demográficas, de formación profesional y de residencia médica que pueden facilitar u obstaculizar al médico residente para el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado.

Dado que el comunicar malas noticias es algo a lo que los médicos se ven enfrentados durante toda su carrera profesional es importante que se enfoque más oportuna y adecuadamente en la formación profesional el tema acerca de dicho proceso en relación a bases contextualizadas a nuestra realidad, con el fin de brindar algo más que alivio y tratamiento biológico a los pacientes. La comunicación es una herramienta muy importante para los médicos y aun más importante en la comunicación de malas noticias, sin embargo la formación médica universitaria no ha dado la suficiente importancia ni relevancia a esta temática, dejando un gran vacío en la educación del médico.

Para los profesionales que permanecen en contacto con pacientes con enfermedad en fase terminal es muy importante que tengan los conocimientos y las habilidades para enfrentar circunstancias complejas de comunicación con los pacientes y sus familiares.

Finalmente desde el punto de vista ético y legal, el paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado, tiene derecho de estar al tanto de lo que pasa en su cuerpo y participar activamente en las decisiones. El médico tiene la obligación de comunicar adecuada, sencilla y detalladamente al paciente acerca de su padecimiento, y darle información que necesite y solicite.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ¿QUÉ SON MALAS NOTICIA EN MEDICINA?**

La comunicación de una mala noticia es una situación estresante y difícil para los médicos/as de cualquier especialidad y se conoce que el médico/a se verá enfrentado a este escenario en varias ocasiones en el transcurso de su carrera.(7) Dentro de la medicina surgen una gran diversidad de noticias que el médico tendrá que informar, tanto buenas como malas, situaciones que no se pueden pasar por alto o restarle importancia, no cualquiera las puede dar sin una preparación previa y además se debe comprender que informar lo que está sucediendo va a producir siempre una reacción en el paciente y sus familiares, que puede ir desde la desconfianza hasta la agresividad en contra del informante.

Resulta difícil encontrar una definición que contenga todas las circunstancias que puedan implicar malas noticias en medicina ya que estas pueden asociarse a diferentes situaciones tales como: un resultado de un examen, un diagnóstico inesperado, complicaciones en enfermedades benignas, enfermedades de curso crónico; incapacidades o pérdidas funcionales; un tratamiento agresivo o doloroso, procesos quirúrgicos de riesgo, enfermedades terminales, entre otras, la más penosa de todas el fallecimiento de un familiar.(5,6,17) Cuando se habla de malas noticias se acostumbra asociarlas a enfermedades terminales (a cáncer principalmente) (3).

Conceptualmente en el ámbito médico se define a una mala noticia como cualquier información que drásticamente y negativamente altera la visión del presente y el futuro de

la persona a la que se informa (paciente y familiares), ya sea en el momento del diagnóstico o cuando se enfrenta a falla de tratamiento curativo.(1,3,6,7,9,10,16,18–31)

Los médicos/as que trabajan en unidades de terapia intensiva, emergencias y oncología son los que con mayor frecuencia se ven enfrentados a comunicar malas noticias. (3) Según la encuesta llevada a cabo en 1998 por la Sociedad Americana de Oncología (A.S.C.O.) la frecuencia con la que médicos/as oncólogos informaban malas noticias fue de 5 a 20 veces al mes en el 60% de los encuestados y más 20 veces en el mes en el 14% de los encuestados.(9,10)

En los campos de la oncología clínica, cirugía oncológica, cuidados paliativos y las otras especialidades que complementan la atención a los pacientes con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (P.C.V.L), comunicar una mala noticia para los médicos/as que se desempeñan en estas constituye: revelar resultados positivos de pruebas, informar la recurrencia de la enfermedad, informar acerca de la existencia de la diseminación de la enfermedad, falla del tratamiento que afecte el progreso de la enfermedad, la presencia de efectos adversos irreversibles o temporales, los efectos de la enfermedad a nivel psicosocial, plantear la opción de los cuidados paliativos y la no reanimación cuando no existen más opciones de tratamiento curativo, etc.(10)

## **2.2 EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO (P.C.V.L.)**

### **2.2.1. DEFINICIÓN**

Debido a que en la comunicación de malas noticias el código (mensaje) a transmitirse es el concepto de enfermedad en fase terminal y progresión de la enfermedad, es muy importante identificar a estos pacientes.

La Organización Mundial de Salud (OMS) ha establecido criterios para identificar un paciente con enfermedad en fase terminal (7):

- Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable. (7)
- Falta de respuesta al tratamiento específico.(7)
- Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.(7)
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.(7)
- Pronóstico de vida limitado, no mayor a 6 meses.(7)

Si bien, esta definición contiene todas las enfermedades con estas características, el cáncer es la más representativa.

Actualmente se está implementando el término enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado para referirse a enfermedad en fase terminal, en esta investigación nos referiremos a los pacientes con enfermedad en fase terminal de esta manera .(8)

Un porcentaje de pacientes con cáncer tienen un padecimiento avanzado, progresivo, con pronóstico de vida limitado desde su diagnóstico, en otro porcentaje de

pacientes es necesario abandonar los tratamientos de finalidad curativa para sustituirlos por otros cuyo objetivo es controlar y disminuir los síntomas, tanto físicos, psíquicos, sociales y espirituales que origina la enfermedad, ya sea porque no se dispone de tratamiento curativo específico a la condición que posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejoría y además no le aporta beneficios a su estado de salud y calidad de vida (6,32)

### **2.2.2. DERECHOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO (P.C.V.L)**

En el campo de la medicina se orienta a los médicos a tener en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en el trato de todos los pacientes, estos principios que son muy importantes cuando se trata de un P.C.V.L. (21) Conjuntamente a lo que estos principios implican, la OMS en el año de 1990 decretó los derechos de estos pacientes; tanto la OMS (1990) como Fonnegra de Jaramillo (1989) describen cuidadosamente los derechos de estos pacientes:

- Derecho a conservar hasta el momento de su muerte la misma dignidad y ser tratado como un ser humano vivo.(32,33)
- Derecho a ser informado veraz, franca y completamente acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico. Información que deberá ser proporcionada de una manera considerada, en términos comprensibles y con tiempo suficiente para asimilarla.(32,33)

- Derecho a decidir en las resoluciones relativas a su cuidado y acceder o rehusar drogas, tratamientos o procedimientos.(32)
- Derecho a expresar sus deseos en lo referente a las condiciones que rodearán su muerte, y a que estos sean respetados por familiares y médicos.(32,33)
- Derecho a elegir entre las alternativas disponibles para morir y acorde a ello, a que ni se le acelere ni se le postergue la muerte, incluyendo el derecho a no ser resucitado.(32)
- Derecho de mantener un sentimiento de esperanza, sin que esto semeje a que se le creen falsas expectativas.(32,33)
- Derecho a beneficiarse de las opciones humanitarias existentes para su cuidado y a evitar la insensibilidad en los lugares determinados para casos agudos o críticos donde frecuentemente se hace uso de la tecnología.(32)
- Derecho a ser liberado de su dolor y de sus síntomas, aun si los medicamentos o medidas requeridas para ello le aminoraran el tiempo de vida sobrante. Debe prevalecer una vida de buena calidad antes que la cantidad.(32,33)
- Derecho a recibir apoyo psicológico además de asistencia espiritual cuando ello sea solicitado, necesario y factible, que le permita ayudarse en su adaptación a la fase terminal de su vida y su muerte. Por parte de sus familiares, de las enfermeras, un capellán, del médico o de un profesional de la salud mental.(32,33)
- Derecho a que su familia reciba ayuda, sea atendida, respetada y cuidada como parte directamente afectada por su muerte.(32,33)
- Derecho a su individualidad, privacidad y pudor.(32)

- Derecho a ser acompañado en el momento de su muerte.(32)
- Derecho a ser cuidado por personas sensibles, competentes, preparadas y conscientes, que comprenden el difícil momento que atraviesa además de las necesidades del paciente y de su obligación de asistirlo.(32,33)
- Derecho a morir en paz y dignamente, conjuntamente con esto a que su cuerpo sea respetado después de su muerte(32)

### **2.2.3. LAS ETAPAS DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO. (ETAPAS DE KÜBLER- ROSS).**

La Dra. Kübler- Ross en 1969 describió un modelo de cinco etapas de adaptación por la que atraviesa el paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado tras la comunicación de malas noticias.(1,25,32)

Teniendo en cuenta que cada individuo tiene su propio modo de reaccionar, que dependerá de sus experiencias de vida, personalidad, creencias espirituales , punto de vista filosófico, el apoyo social percibido, entre otras.(17) La autora plantea las siguientes etapas con fin de describir las reacciones del paciente a partir del momento que enfrenta la mala noticia hasta su muerte:

- Choque/ Shock:** reacción inicial de conmoción interna debido a la sensación de amenaza que produce la mala noticia, la incertidumbre en relación a su futuro. El paciente podría mostrarse ansioso o apático ante la noticia.(1,32,34)

- B. **Negación:** funciona como un mecanismo de defensa temporal, permitiéndole al paciente acomodarse y asimilar la noticia pausadamente y no de golpe. Es importante en esta etapa permitir al paciente manifestar su negación.(1,32,34)
- C. **Enfado e irritabilidad:** Constituye una reacción a la disminución de la negación. “¿Por qué a mí?”. Se suelen presentar explosiones de ira hacia el médico, hacia las enfermeras, hacia los familiares y hacia sí mismo, que pueden generar reacciones de desconcierto y agresividad con las personas que le rodean (medico, enfermeras, familiares), sin embargo no se debe considerar que esta reacción es personal sino es contra la situación que genera la noticia.(1,32,34)
- D. **Negociación:** El paciente negocia con Dios, con los médicos, con la familia a cambio de promesas por una curación. El paciente comprende que va a morir , más demanda tener tiempo para concluir asuntos pendientes.(1,32)
- E. **Depresión y tristeza:** Después de que el paciente constata que la negociación no da resultados y al no poder seguir negando la realidad, se instaura en el paciente un sentimiento de tristeza que se acompaña de llanto, desanimo y aislamiento. Sentimiento que en un principio es provocado por las pérdidas que le ha ocasionado la enfermedad (depresión reactiva) y posteriormente por la anticipación de su muerte (depresión preparatoria).(1,32,34)
- F. **Aceptación:** Etapa final donde el paciente acepta y comprende pacíficamente que la muerte se encuentra cercana. (1,32)

Originalmente estas etapas se aplicaron para las personas que sufrían enfermedades terminales y luego fue aplicado para cualquier pérdida, por lo que se les conoce como las cinco etapas del duelo.

En este modelo la autora indica que los pacientes atraviesan por estas etapas emocionales variando individualmente en cuanto a intensidad y duración; además afirma que no necesariamente las etapas suceden en una manera cronológicamente ordenada, ni todas son experimentadas por los pacientes, inclusive no siempre al final se logra una aceptación tranquila de la muerte. Este proceso es individual y no debe ser acelerado, ni alargado.(1,25,32,34)

### **2.3. PROCESO COMUNICATIVO CON EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO**

#### **2.3.1. DEFINICIÓN**

El proceso de comunicación entre el médico y el paciente tiene como base ética el derecho a ser informado y como aspecto preciso la relación médico paciente.(35)

Este proceso puede entenderse como una forma de relación interpersonal y asistencial, de allí que, en el trabajo que desempeña el médico es muy importante que utilice estrategias efectivas de comunicación como parte fundamental para cumplir con su tarea, lograr los objetivos terapéuticos, reconocer al paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado como un ser humano vivo y además proporcionar un trato digno.(21,36)

Para Borrell (2), *“la relación asistencial que se establece entre los profesionales sanitarios y sus pacientes tiene su pilar básico en los elementos de la comunicación y empatía que se desarrollan entre estas dos partes del binomio asistencial”*.

Este proceso involucra una comunicación activa y bidireccional de la información ya que hay un intercambio de mensajes constante, además de cambio de papeles entre los participantes. (1) Participa un emisor (médico/a), un receptor (paciente y familia) y un código (mensaje), en este caso el concepto de terminalidad, progresión de la enfermedad, paso a tratamiento paliativo, entre otras. Este proceso además debe desarrollarse en un escenario y mediante una serie de acciones que realiza el médico/a.(1,2)

La comunicación es la principal herramienta terapéutica en el caso de un P.C.V.L. (7), como se mencionó anteriormente este proceso consta de elementos que participan en conjunto y que crean un proceso sistemático, concatenado y organizado. El cómo lo hace el médico (habilidades comunicativas/ empatía médica), donde lo hace (escenario de dicho proceso) a quien va dirigido como es el caso del paciente es muy importante.

El médico y el P.C.V.L. se relacionan a partir de un encuentro y un diálogo estructurado, con objetivos específicos tanto para el paciente y el médico, en la entrevista clínica y a través de esta se establece la relación interpersonal y asistencial.(21,37)

Cuando se trata de comunicar malas noticias, a un P.C.V.L., la entrevista se centra principalmente en revelar y presentar la verdad de la existencia de cáncer en primera

instancia y luego realizar un acompañamiento de las decisiones que tome el paciente durante la progresión de la enfermedad, para así proporcionarle una buena calidad de vida hasta el día de su fallecimiento.(1,21,34)

Un proceso de comunicación de malas noticias adecuado puede ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo. Si el profesional carece de las habilidades y empatía puede generar un sufrimiento añadido a la familia o al enfermo y deteriorar la relación terapéutica y dificultar el manejo sintomático; en cambio el manejo adecuado de la información puede disminuir el impacto emocional y posteriores consecuencias que genera en el paciente la noticia.(1,6)

## **2.4. HABILIDADES COMUNICATIVAS EN MEDICINA**

### **2.4.1. DEFINICIÓN**

Entre los conceptos de comunicación se encuentra el concepto de **competencia comunicativa**.

*“La competencia comunicativa es el conjunto de conocimientos y destrezas/habilidades (lingüísticos, discursivos, socioculturales y estratégicos) que permiten la actuación eficaz y adecuada del hablante en una situación concreta de comunicación.”(38)*

Una habilidad es la *“capacidad o destreza para hacer algo bien o con facilidad.”(39)*

En consecuencia, por habilidades comunicativas se entiende como la capacidad de realizar apropiadamente el proceso de comunicación, empleando los conectores adecuados para entender, procesar e interpretar los distintos sucesos comunicativos,

teniendo en cuenta no sólo su significado explícito o literal, lo que se dice, sino también los contenidos, el sentido implícito o intencional, lo que el emisor quiere decir o lo que el destinatario quiere entender.(4,40–43)

#### 2.4.2. CLASIFICACIÓN

Rodríguez, et al. (44) plantean y dividen las habilidades comunicativas en la entrevista médica en:

a). **Habilidades para expresar:** aquellas que posibilitan expresar y transmitir mensajes, de una manera verbal y no verbal. (44)

- **Facilitar la comunicación a través de expresiones faciales y posturas:** Son aspectos no verbales, el médico lo puede hacer con expresiones faciales agradables que denote prestar atención al paciente y facilite el diálogo, con posturas corporales adecuadas, sentándose correctamente en la silla, adoptando una postura de cercanía y con una ligera inclinación que permita demostrar interés. Manteniendo una distancia prudente con respecto al paciente, de manera que pueda oír al paciente y ser escuchado por este con un tono de voz normal. Se debe colocar frente al paciente o a un costado de la cama o mesa del consultorio y sentado a la altura del paciente pues indica más cercanía espacial y espiritual.(2,44)
- **Utilizar un tono de voz adecuado y realizar gestos apropiados:** un tono de voz moderado, ni muy bajo que el paciente no lo escuche ni muy alto que moleste y que sea interpretado como prepotencia. Es muy importante tomar en cuenta los componentes para verbales (entonación, fluidez, acento).(2,44)

- **Saludar al paciente:** El saludar dependerá del horario en el que se efectuó el encuentro, se le podría agregar el estrechar la mano del paciente, colocarse de pie, haciendo que el acto sea más afectivo y cálido.(2,27,44)
- **Presentarse al paciente:** Utilizando su propio nombre y pronunciando el de su paciente, podría agregarse el dar una breve descripción de su actividad profesional e indicarle al paciente donde sentarse.(2,27,44)
- **Introducir la entrevista:** Explicando al paciente cuál es el motivo del encuentro que van a tener y la importancia de su colaboración en las etapas de este. (2,27,44)
- **Ajustar la información y el lenguaje:** Utilizando términos sencillos y claros, evitando tecnicismos que no sean entendibles para el paciente. El médico debe tener en cuenta el nivel cultural de su paciente y como comunicarse con el (2,27,44)
- **Utilizar preguntas abiertas:** Las preguntas iniciales deben ser abiertas para de esta manera obtener datos concretos y en general, tal y como el paciente desea presentarlos. Le obliga a contestar al paciente con frases, no le formula sugerencias.(2,27,44)
- **Demostrar respeto al paciente como persona:** Respetando las diferencias en los puntos de vista individuales y culturales, evitando el entrar en desacuerdos en cuanto a opiniones. (2,44)
- **Interrumpir solo si es imprescindible:** Cuando se requiere hacer aclaraciones, cuando se ve que la conversación toma otra orientación diferente de la que se está abordando. Esperando a que el paciente termine sus ideas para proseguir con la plática(1,44)

- **Indagar sobre dudas y expectativas:** Incentivando a realizar preguntas por parte del paciente, además explicar y clarificar las dudas o preguntas que el paciente haga hasta donde el médico tenga conocimiento.,(2,27,44)
- **Ajustar el tiempo de duración de la entrevista:** Teniendo en cuenta que no todas las situaciones requieren el mismo tiempo, además regular el ritmo del encuentro, según la situación comunicativa y posibles exigencias del entorno.(44)
- **Despedir al paciente:** Es un instante breve, pero significativo, que aporta mucho, tanto a la construcción de la relación asistencial desde el inicio y posteriormente. El/la médico debe resumir los hechos de más relevancia encontrados, reiterará la importancia de la participación del paciente e insistirá en el plan acordado y de seguimiento.(37,44)

**b). Habilidades para observar y escuchar:** aquellas que permiten orientarse en la situación de comunicación a través de cualquier indicador conductual del dialogador.(44)

- **Observar al paciente y al entorno de este durante la entrevista:** Consiste en prestar atención al paciente, mirarle a los ojos para hacerle notar que le presta atención. El observarle le permitirá percatarse a través del lenguaje no verbal del paciente los cambios emocionales en el transcurso de la entrevista además observar la relación del paciente con su entorno. (26,44,45)
- **Escuchar activamente al paciente durante el encuentro:** Escuchando atentamente los planteamientos del paciente sin mostrar ansiedad, cansancio, pérdida del interés o interrumpirle.(1,2,26,44) La escucha activa propicia una

baja reactividad, lo que implica no interrumpir y esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar; los silencios funcionales proporcionan un ritmo adecuado para reflexionar y dan serenidad a la entrevista.(1,2)

- **Reconocer los cambios emocionales del paciente y actuar:** El médico debe decodificar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente, responder y reaccionar frente a ellas de una manera que no muestre frialdad o desinterés, afectándose de esta manera la relación con el paciente. Estos cambios pueden tener carácter verbal o no verbal.(26,44)

c). **Habilidades para establecer una relación empática:** aquellas que permiten conseguir un acercamiento a otra persona. (44)

Rodríguez, et al. señalan que estas son las habilidades que poseen un mayor efecto psicoterapéutico ya que van más allá del diagnóstico y aportan al tratamiento. (44)

- **Explorar aspectos psico-sociales:** Desde un enfoque biopsicosocial, es indispensable indagar en todos aquellos componentes que le de al médico una visión general e integral del paciente.(1,44)
- **Conservar un estilo comunicativo:** Radica en la noción de reciprocidad donde se produzca un intercambio de ideas entre ambos. El entendimiento mutuo donde el paciente perciba que sus opiniones son tomadas en cuenta.(12,44)
- **Favorecer el acercamiento afectivo:** Manifestando con calidez comprensión y respeto a las situaciones emocionales del paciente, sin que implique la pérdida de la distancia terapéutica. Esto permitirá que el paciente gane

confianza en el médico y de esta manera expresar sus preocupaciones, dudas y temores.(2,44)

- **Mostrar interés y preocupación:** Transmitiendo al paciente que sus problemas y las circunstancias que le rodean le atañen y que se preocupa por él, además que existe una disposición a ayudarlo a encontrar solución a su problema. (2,44)

Para el proceso de comunicación de malas noticias todas las habilidades comunicativas son importantes sin embargo entre las habilidades que pueden ayudar al médico que trabaja con un P.C.V.L. se destaca: la empatía, la comunicación no verbal, la baja reactividad, el empleo de silencios funcionales y la escucha activa.(1,26)

## **2.5. EMPATIA MÉDICA**

### **2.5.1. DEFINICIÓN**

La empatía en el contexto de la atención médica se define como la capacidad para entender las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, y que además involucra el comunicar este entendimiento.(2,12)

### **2.5.2. COMPONENTES DE LA EMPATÍA**

Los componentes son: cognitivo y afectivo.

1. **Cognitivo:** es el **entendimiento** de los sentimientos del otro; además es la habilidad de ponerse en el lugar del otro y ver el mundo desde la perspectiva de la persona (paciente) sin abandonar su propia realidad, su identidad personal y responsabilidades profesionales. (toma de la perspectiva) (12,15)
2. **Afectivo:** es la respuesta emocional adecuada de un observador a la situación emocional de otra persona.(15) Es profundizar en la afectividad de la persona, **sentir** con él , más no lo mismo que él (simpatía).(12,46)

### 2.5.3. FASES DE LA EMPATÍA

- **Identificación:** es colocarse en el lugar del otro identificarse con su persona y circunstancia, de una manera temporal.(46)
- **Incorporación y repercusión:** es cuando el observador interioriza la circunstancia, los estímulos emocionales le generan sentimientos y está en sintonía con el otro.(46)
- **Separación:** es retirarse del plano de sintonía y de restablecer la distancia social y psíquica a través de la razón. No existe empatía sin darse la separación.(46)

### 2.5.4. RELACION EMPATICA CON EL P.C.V.L.

Establecer una relación empática es muy importante, la mayoría de los P.C.V.L se encuentran en un stress emocional intenso, ya sea por la noticia, como por la enfermedad, efectos adversos y tratamiento.(9,47)

En algunos estudios se ha observado que los pacientes rara vez expresan sus emociones de manera espontánea (47), el médico puede ofrecer apoyo al P.C.V.L. a través de una respuesta empática.(9)

La respuesta empática consiste en primer lugar en tener en cuenta cualquier reacción emocional del paciente pudiendo ser: llanto, mirada triste, silencio, etc. en segundo lugar identificar la emoción experimentada por el paciente y luego reconocer la fuente de la emoción (usualmente está relacionada a la mala noticia) y finalmente después de haber dado al paciente un breve período de tiempo para expresar sus sentimientos, es importante que el paciente sepa que el médico ha relacionado sus sentimientos con la fuente de la emoción y que le comprende .(9)

Esta respuesta empática ayuda al paciente a reducir y manejar las respuestas emocionales a través de la expresión de solidaridad y validación de los sentimientos y pensamientos del paciente como normales y esperables. (9)

#### **2.5.5. CONSIDERACIONES EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN MÉDICA**

En la atención al paciente es necesario que exista un equilibrio entre los componentes cognitivo y afectivo debido al resultado que podría implicar cada uno en la objetividad clínica del médico. El médico debe sentir los sentimientos del paciente solo hasta cierto nivel para entenderle, sin que esto interfiera en su objetividad clínica; un exceso de involucramiento puede ser abrumador y puede caer en el concepto de simpatía con el paciente. Mantener una distancia afectiva con el paciente conlleva a tener un juicio más preciso para tomar decisiones clínicas.(12)

La empatía en la atención del paciente es un factor favorable mientras que la simpatía un factor que limita las condiciones necesarias para lograr una objetividad clínica adecuada.(12).

## **2.6. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL**

Comunicar una mala noticia involucra más que las palabras que se transmiten, ya que estas no representan en sí todo el contenido del mensaje, tan solo el 30% del contenido total del mensaje se transmite por medio de las palabras.(1,2)

La comunicación no verbal es un componente que no se puede separar de la comunicación verbal. La comunicación no verbal es muy importante en la comunicación de malas noticias, ya que el componente verbal permite representar las emociones de las que habla el paciente y el no verbal aporta información sobre el estado de ánimo.(1)

Un ejemplo de su mayor relevancia en el P.C.V.L. es durante las etapas de adaptación del paciente cuando este experimenta la depresión preparatoria, depresión que es de tipo silenciosa y que suele expresarse a través de comunicación no verbal (gestos, actitudes, miradas , etc )(1)

Las expresiones faciales y corporales, mensajes paraverbales (entonación, fluidez, acento) emitidos tanto por el médico como el paciente complementan a las palabras.(2) Es importante que el médico sea capaz de comunicarse por medio de esta y que realice una interpretación adecuada para que el mensaje pueda transmitirse de una manera completa y satisfactoria.(2,3)

Responder a las reacciones y sentimientos del paciente también se puede realizar por medio de comunicación no verbal, por ejemplo a través de una postura cercana al paciente , poner la mano sobre el hombro o la mano del paciente, con una mirada cálida y directa a los ojos y además con el silencio.(1,23)

La mutualidad y retroalimentación durante los intercambios verbales y no verbales constituye un mecanismo beneficioso, que favorece a los efectos positivos como son: una mayor satisfacción del paciente, mejor cumplimiento y colaboración en el tratamiento, reducción de ansiedad e incremento de percepciones de apoyo.(2,12)

## **2.7. ESCENARIO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A UN PCVL.**

Las características del escenario con el que contamos para el proceso de comunicación de malas noticias son muy importantes debido a la necesidad que existe de crear un clima de confianza, comodidad, privacidad y concentración.

### **Disponibilidad de espacios y privacidad**

Es muy importante que el médico disponga de un lugar apropiado y que este tenga privacidad para comunicar una mala noticia.

Realizar el proceso de comunicación de malas noticias frente a otras personas que no sean afines o que el paciente no haya solicitado estar presentes es un aspecto que interfiere en la comunicación, además de violar la confidencialidad y no guardar el secreto profesional del paciente.(6,33)

Se debe tener presente que en la práctica médica muchas veces no se respeta la privacidad de las consultas médicas, en ocasiones por imprudencia de los pacientes, trabajadores del lugar, por culpa del propio médico o por el hecho de que dos médicos compartan un consultorio.(43)

Es importante tomar en cuenta que algunas ocasiones el paciente recibe “ malas noticias” , información incompleta e información que no es aclarada, en sitios de realización de procedimientos , lo que suele desarrollar un efecto contraproducente en el paciente.

Los escenarios para comunicar malas noticias todavía siguen sin ser los adecuados y los médicos reportan no contar de disponibilidad física en algunas ocasiones; se sigue informando en pasillos de manera breve y fría y sin soporte emocional.(6,16)

### **Interrupciones**

Las interrupciones de cualquier tipo y ruidos en el proceso de comunicación de malas noticias afecta a la calidad de este proceso, el rendimiento de este depende en buena parte de la concentración del paciente y el médico.

Las interrupciones y ruidos dispersan la atención del paciente, le inhiben y le desaniman a confiarnos aspectos emocionales, por otro lado el paciente podría interpretar como descortesía y falta de interés que nosotros seamos la fuente del ruido o interrupción.(2)

Los protocolos describen que para este proceso no debe haber interrupciones sin embargo las interrupciones más frecuentes durante la visita médica encontradas en

estudios son: golpes en la puerta 15%, interrupciones por beepers 8%, que el médico salga del cuarto y regrese 31%. (48)

### **Disponibilidad de tiempo**

El tiempo disponible en la práctica clínica del médico para comunicar la mala noticia, dentro del escenario es importante.

En la práctica actual la demanda de tiempo al médico ha incrementado y en estudios años atrás ya se había reportado una disminución en el tiempo que los médicos pasan con sus pacientes. La encuesta de 1995 del Commonwealth Fund encontró que el 41% de los médicos señaló una disminución en la cantidad de tiempo que pasaba con los pacientes.(49)

El contexto de atención médica a los pacientes en las instituciones se ha visto afectado hoy en día por el tiempo reducido en la consulta. La atención médica se encuentra marcada por una agenda con varios pacientes por hora interfiriendo en la construcción de una buena relación médico paciente además del manejo administrativo.(25,49)

Para comunicar una mala noticia se necesita de una buena relación médico paciente donde se dé un acercamiento adecuado sin embargo la falta de disponibilidad de tiempo constituye un interviniente.(25)

## **2.8. FASES DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS**

**1ª Fase. Preparación del entorno y del profesional:** En esta fase es esencial crear un ambiente de comodidad y bienestar emocional, para garantizar una buena relación entre el paciente, familiares y el médico.(1,3,34)

Especialmente se refiere a:

- Familiarizarse y conocer la historia médica del paciente. Lo cual le permitirá al médico tomar decisiones clínicas pertinentes, fluidez y claridad en la comunicación con el paciente. (1,3,16,34)
- Mostrar interés en el estado actual de bienestar y las circunstancias personales del paciente.(1,3,27)
- Utilizar un saludo e introducción apropiadas (colocarse de pie, saludarle por el nombre, etc.)(1,3,27,34)
- Establecer un lugar que garantice privacidad donde el paciente no se sienta cohibido de mostrar sus emociones. Es importante evitar pasillos o salas concurridas.(1,3,16,34)
- Consultar al paciente si desea la presencia de otras personas (familiares o amigos) durante la entrevista. Esto incluye ciertos miembros del equipo de salud.(1,3,6)
- Ambientar el entorno de tal manera que permita establecer contacto visual, cercanía física apropiada, que no existan elementos que estorben y se interpongan, prepararse para las reacciones emocionales colocando pañuelos donde pueda alcanzarlos el paciente.(1,3,27,34)

- Realizar los arreglos pertinentes para evitar las interrupciones externas (gente que entra, llamadas telefónicas, comunicarle a la enfermera o secretaria que no desea ser interrumpido etc.) y de disponer tiempo suficiente.(1,3,27,34)

**2ª Fase. Exploración de las percepciones e información:** Esta fase es previa a la comunicación de la mala noticia, en esta es preciso conocer qué es lo que sabe el paciente acerca de su condición. (1,3,34)

Cuando se conoce al paciente para la determinación de su percepción de la situación, el médico resume los eventos nuevos hasta llegar al objetivo de la entrevista actual.(34)

Deben considerarse dos aspectos importantes:

- La comprensión de la condición médica: El médico mediante el uso de preguntas abiertas debe identificar el nivel de conocimiento que tiene el paciente, cómo ha entendido la situación, cuán realista son sus ideas y cuáles son sus expectativas, fantasías y temores. Puede ser que exista una diferencia grande entre la realidad y lo que sabe el paciente. (1,3,34)
- Personalización y adaptación de la información: De acuerdo a las características culturales es importante estar atentos a los términos y expresiones que utiliza el paciente para luego utilizarlos al comenzar a ofrecer información.(1,3,16,34)

**3ª Fase. Identificación de las preferencias de la información:** Conforme el médico examina el grado de comprensión y la impresión que el paciente tiene sobre su

situación, en esta fase resulta esencial averiguar hasta dónde quiere saber el paciente de lo que le está ocurriendo realmente. (1,3,34)

Se debe tomar en consideración:

- Es una invitación que debe realizarse con delicadeza y dejando claro que existen diferentes preferencias, todas válidas, y que existirán otras oportunidades para seguir conversando y clarificar inquietudes.(3,34)
- Cada persona tiene su propio ritmo en el deseo de recibir y capacidad de asimilar información. Algunos pacientes recurren a la negación como mecanismo de defensa y prefieren no conocer la situación de su enfermedad, el médico debe respetar su deseo, dejar a disposición una próxima oportunidad.(1,3,34)

**4ª Fase. Compartir la información:** Es la fase en sí de ofrecer información al paciente, resulta importante en esta fase transmitir la noticia de una manera absolutamente comprensible y procesable, comprobándose y corroborándose que el paciente comprende lo que se le comunica.(1,3,6,34)

Se debe tomar en cuenta:

- El uso de palabras comprensibles evitándose terminología médica. Es recomendable utilizar los términos empleados por el paciente.(1,3,16,27,34)
- La noticia debe ser suministrada poco a poco, progresivamente y paulatinamente facilitando la asimilación y el procesamiento. (1,3,34)

Las malas noticias provocan un impacto emocional en el paciente que afecta a su capacidad de comprensión y asimilación, las pausas que se realicen durante la comunicación permitirán ayudarlo a procesar la información, el paciente establece el ritmo y el camino para llegar a la verdad soportable.(1)

Puede requerirse repetir la información proporcionada en algunas ocasiones, hasta que el procesamiento sea adecuado.

**5ª Fase. Respuesta a las reacciones y sentimientos del paciente:** Esta fase constituye el aspecto concluyente de comunicar una mala noticia y seguramente el más difícil de confrontar. (34)

Es importante mostrar paciencia, respeto y sobre todo *empatía*, el médico debe reconocer las emociones del paciente y transmitir empáticamente su comprensión, puede hacerlo verbalizándola o primordialmente de una manera no verbal.(1,34)

Las reacciones emocionales del paciente son diversas y variables, sin embargo las etapas de duelo y comunicación en medicina nos dan una visión en general sobre el proceso emocional de adaptación a una mala noticia.(3,34)

Partiendo de esto es importante considerar:

- El mecanismo de defensa de negación inicial y el bloqueo post-información impide que el paciente retenga lo que se le comunica. Se debe dar la información cuantas veces se requiera sin forzar al paciente y/o familia a asumirla.(34)
- Los sentimientos de tristeza acompañados con el llanto producen alteración en quienes rodean al paciente. Usualmente debido a la ansiedad que

experimenta el médico ante el dolor del paciente se tiende a tranquilizarle rápidamente impidiéndole expresarse (3,30,34)

- Pese a que la empatía es más importante en esta fase; la actitud empática debe darse durante todo el proceso de comunicación de malas noticias. Es importante que el médico ofrezca soporte emocional y solidaridad a través de una buena *respuesta empática*. (1,9)

**6ª Fase. Planificación y Seguimiento:** Después de las otras fases esta es la última del proceso de comunicación de una mala noticia. En esta fase se establece una estrategia de acompañamiento y seguimiento en conjunto con el paciente.(1,6,34)

Se debe considerar en el plan de cuidados:

- Transmitir al paciente que no se quedará solo, que el equipo profesional va estar disponible y puede acudir a este cuando lo necesite sea para recibir apoyo, alivio de síntomas, compartir temores y preocupaciones (que tiene que hacer, dónde y a quien tiene que dirigirse).(1,3)
- Precisar el seguimiento, frecuencia de entrevistas, visitas en casa, etc.(1,3)
- Abordar aspectos psicosociales del paciente, la atención y cuidado de la familia, detección de riesgo suicida u otras alteraciones psicológicas.(1,3)

Se habla de una fase extra en este proceso, la de trabajo en los propios sentimientos del médico. El comunicar malas noticias genera reacciones emocionales, niveles de estrés, preocupaciones y sentimientos. Además, el médico puede requerir apoyo de un psiquiatra o psicólogo que le ayude a manejar el efecto de esta comunicación de malas noticias.(1,16,34)

## **2.9. GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS**

Las guías clínicas y protocolos son herramientas de gran importancia por su papel sistematizador. A continuación algunas de las herramientas más representativas aplicadas en comunicación de malas noticias a un P.C.V.L.

### **A. Protocolo de seis pasos SPIKES/EPICEE.**

Es una de las herramientas más conocida y utilizada al comunicar malas noticias, su traducción es conocida con el acrónimo EPICEE. Las siglas SPIKES corresponden a los seis pasos que propone a seguir este modelo: **S**-Setting up, **P**-Patient's perception, **I**-Invitation, **K**-Knowledge, **E**-Emotions/Empathy y **S**-Strategy/Summary.(1,6,9,20)

### **B. Estrategia de Buckman.**

Es un protocolo constituido por seis etapas, cuyo modelo describe en cada una cómo informar y ayudar emocionalmente al paciente. Sus etapas son: Preparar el contexto físico más adecuado, averiguar cuánto sabe el paciente de su situación, encontrar lo que el paciente quiere saber, compartir la información, responder a las reacciones / sentimientos y finalmente establecer un plan de cuidados / seguimiento.(1,9)

### **C. Guía clínica de Almanza.**

Esta guía compuesta por diez enunciados, realiza recomendaciones de los dos modelos descritos anteriormente, sumado a esto recomienda al profesional trabajar en sus propios sentimientos, abordar la dimensión humanística del paciente, realizar

detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas y finalmente brindar atención y cuidado a la familia.(1,9)

A pesar de que se dispone de guías y protocolos antes descritos, no existe actualmente un procedimiento estandarizado para el proceso de comunicación de malas noticias.(1,7) Cada profesional en la práctica médica ha ido desarrollando estrategias a partir de su experiencia.(7,22)

## **2.10. EL MÉDICO EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.**

Ser el emisor de una mala noticia resulta ser una tarea muy difícil y de mucha responsabilidad, además de requerir todas las habilidades comunicativas y demostrarle al paciente una actitud empática.

El médico es un elemento muy importante cuando se comunica malas noticias, sin embargo el resultado óptimo de este proceso comunicativo dependerá tanto de factores intrínsecos como extrínsecos del médico. Dentro de los factores intrínsecos se recalcan los aspectos emocionales del médico en relación al proceso comunicativo con el P.C.V.L., las habilidades psicomotoras y los conocimientos que posea el médico también influirán en el resultado. En los factores extrínsecos se enfatiza en la formación recibida y el lugar donde se desenvuelve el profesional(2,3,16).

El proceso comunicativo desencadena muchos aspectos emocionales tanto en el médico como en el paciente que se deben tomar en cuenta. En el médico se pueden presentar reacciones emocionales como frustración, ansiedad, tristeza,

culpabilidad.(16,50) Además otras reacciones como huir a la responsabilidad de informar (efecto “MUM” [M]um about [U]ndesirable [M]essages o silencio sobre mensajes no deseados), miedo de no estar listo, de no saber cómo hacerlo, a causar dolor y quitarle la esperanza a su paciente, miedo a decir no sé, miedo a la falla terapéutica, miedo a expresar sus emociones, miedo legal, entre otros. (3,16,34,51)

El médico también constituye un ser humano que necesita de apoyo durante este proceso, sin embargo no siempre se cuenta con este apoyo en las instituciones para hacer frente a las emociones provocadas por la comunicación de malas noticias a los pacientes. (16)

Los médicos que trabajan con P.C.V.L. realizan un acompañamiento de un padecimiento prolongado y resulta imprescindible para ellos que se reciba educación y entrenamiento para adquirir habilidades necesarias y así desarrollar una comunicación eficiente de las malas noticias desde el principio de esta relación terapéutica con el paciente.(1,6,22)

## **2.11. FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES DEL MÉDICO EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.**

Los factores facilitadores y obstaculizadores en relación a la empatía médica y las habilidades comunicativas del médico/a se describen a continuación:

### **El sexo**

A nivel de población general se ha encontrado diferencias en empatía y habilidad verbal entre hombres y mujeres; en medicina también se ha observado que el sexo podría influir en el estilo de práctica y la manera de proveer cuidados al paciente. Estas diferencias se explican debido a que frecuentemente se ha observado en las mujeres una capacidad superior en habilidad verbal, sociabilidad, sensibilidad a los estímulos sociales, percepción de las emociones, transmisión y detección de señales emocionales no verbales.(12)

Se describe que estas diferencias en el estilo de práctica podrían ser resultado de que usualmente exista una mayor predisposición de los médicos de sexo femenino a construir buenas relaciones médico-paciente y comunicarse empáticamente con ellos.(12)

Las diferencias que se han observado y se describen a favor son: compartir más tiempo con el paciente, mayor probabilidad de involucrarse en conversaciones positivas, dialogar e indagar sobre aspectos psicológicos, sociales de salud/enfermedad, mayor asesoría preventiva, mejor disposición para conversar sobre temas médicos y estar alerta a las preocupaciones emocionales y de la vida

cotidiana del paciente. En contraste, los hombres se inclinan frecuentemente a ofrecer soluciones racionales (12)

### **Edad del médico**

Los estudiantes y médicos jóvenes frecuentemente están ocupados en almacenar información para poder realizar un diagnóstico acertado en su práctica clínica, descuidando en muchas ocasiones la comunicación con el paciente; algunos minimizan la importancia de comunicar malas noticias argumentando que solo se trata de entregar una información y que el soporte emocional será cuestión de manejo de otras especialidades como la psicología. (6) A esto se suma la falta de formación en esta temática en la educación médica.(1,6,32)

Factores como el idealismo, entusiasmo y humanidad hace que los estudiantes y médicos jóvenes sean vulnerables(52), un profesional que no ha sido entrenado le resulta difícil manejar situaciones difíciles y manejar sus propias emociones y las del paciente (6,53)

### **Años de residencia**

Como dice Moore, et al. (54) en su meta análisis, las habilidades comunicativas en personal que trabaja con pacientes con cáncer no mejoran tan solo con los años de ejercicio profesional. Factores como las primeras experiencias con los pacientes, el enfrentarse con la realidad clínica (caracterizada por la enfermedad, el sufrimiento humano y la muerte), el alta carga de trabajo y estudios, tiempo de estancia corto con el paciente, mayores responsabilidades con los pacientes y el agotamiento

profesional, podrían estar involucrados en cuanto a años de ejercicio profesional y su efecto negativo en la relación empática y habilidades comunicativas (52)

Esto ha sido evidenciado en estudiantes de varias carreras involucradas en salud y médicos residentes, donde conforme pasan los años de estudio y práctica la empatía presenta una disminución.(13,55)

Si bien, cada encuentro que tiene el médico con el paciente en el transcurso de los años le ayuda a definir un modelo de comunicación, el tener más tiempo de ejercer la profesión y desarrollar buenas habilidades comunicativas para comunicar malas noticias se encuentra íntimamente relacionado a la capacitación(54,56,57)

### **Capacitación en comunicación de malas noticias**

La literatura hace énfasis en la falta de formación formal de los médicos en comunicación y más aún en la comunicación de malas noticias, también en relación a deficiencias en el conocimiento de herramientas, estrategias y técnicas para comunicar.(1,2,6,32,35)

Se explica estas deficiencias a que en la formación médica universitaria se ha contemplado el binomio salud-enfermedad desde un punto de vista mayoritariamente biológico, no prestándose atención a esta temática de habilidades comunicativas, por supuesto con excepciones. (1,6) En el caso de pacientes con cáncer el entrenamiento ha sido orientado a vencer y eliminar la enfermedad. (32)

A pesar de esto los médicos se han enfrentado a esta labor de la mejor manera posible y con los recursos disponibles, sea de una manera intuitiva, copiando modelos a sus tratantes, colegas o a través de su experiencia.(9,22,35)

En la actualidad, para mejorar la capacidad de comunicación de malas noticias, el médico tiene dos alternativas: el uso de protocolos diseñados para este propósito o la participación en cursos de formación.(1)

La capacitación en malas noticias aporta al médico herramientas importantes para enfrentar situaciones de crisis, le permite brindar acompañamiento y apoyo emocional, establecer una relación de ayuda que facilite al paciente y familiares afrontar de manera adecuada la noticia, además reduce el estrés en el médico e incrementar la confianza del mismo.(1,9,35)

### **Tipo de residencia médica**

Las diferencias encontradas para el tipo de residencia médica se explican por el énfasis de entrenamiento en comunicación que reciben los médicos.(12)

Las especialidades vinculadas con el paciente como medicina familiar, medicina interna, pediatría, medicina en urgencias, obstetricia/ginecología y psiquiatría implican mayoritariamente un trabajo permanente en contacto con pacientes y sus familias, además colaboran multidisciplinariamente con las otras especialidades. Dentro de las actividades de asistencia y programas de residencia médica estas especialidades reciben mayor énfasis en el entrenamiento en cuanto a relación médico-paciente y habilidades interpersonales.(12) Un ejemplo claro de esto es la especialidad de medicina familiar, donde existe mayor énfasis en la importancia de la comunicación centrada en el paciente, técnicas de comunicación básica y donde el paciente es valorado desde un enfoque biopsicosocial.(14)

Sin embargo las especialidades no vinculadas directamente con el paciente tales como anestesiología, radiología, patología, cirugía y subespecialidades quirúrgicas no tienen mayor demanda en cuanto al entendimiento de emociones y experiencias del paciente, debido a que se encuentran notoriamente orientadas a la tecnología o a procedimientos. (12)

## **2.12. BREAKING BAD NEWS ASSESMENT SCHEDULE (BAS)**

El Breaking Bad News Assesment Schedule(BAS) fue desarrollado por Miller y Col en Oxford, Inglaterra en 1999. Es una herramienta estructurada que permite específicamente evaluar las habilidades en la comunicación de malas noticias.(27)

Su elaboración se fundamentó en la compilación de 81 conductas deseables identificadas en la literatura, las cuales fueron agrupadas dentro de 23 preguntas que posteriormente se agruparon en cinco secciones según el orden cronológico que uno esperaría ver en una entrevista real. Se califica a través de una escala tipo likert de 5 puntos.

A continuación se describe cada sección:

**1. Preparando el escenario:** Examina si se facilita la comunicación inicial, describe la creación de un escenario que permita privacidad y comodidad además el interés en el paciente y la presentación del médico. (3 preguntas)

**2. Comunicando las noticias:** Se enfoca en la sensibilidad a las perspectivas del paciente, además describe la adaptabilidad de la información al paciente. (5 preguntas)

3. **Investigando preocupaciones:** Se enfoca a obtener activamente el significado, las implicaciones, las preocupaciones del paciente en relación a las malas noticias. (3 preguntas)

4. **Dando información:** Se centra en la transmisión de la noticia de una manera comprensible y sensible, ofreciendo clarificaciones, centrada en aspectos positivos y en la objetividad en sí de la totalidad de la entrevista. (4 preguntas)

5. **Consideraciones generales:** Se enfoca en la entrevista en su totalidad, si se abarco las preocupaciones, los aspectos psicosociales, se utilizo un lenguaje no verbal y se estableció un plan de cuidados (8 preguntas)

El BAS proporciona información sobre los diferentes componentes de la entrevista médica cuando se da una mala noticia y de esta manera permite identificar en cuales existen deficiencias, proporciona una puntuación acerca del rendimiento global de un individuo comunicando una mala noticia, es de fácil aplicabilidad y ha sido utilizado para evaluar la efectividad de una entrenamiento en estas habilidades (27)

Ha demostrado ser útil en la identificación de fortalezas y debilidades cuando lo usamos para dar retroalimentación, pese a que originalmente fue desarrollado para ser aplicado como una herramienta donde otros evaluaban al médico en escena en un par de estudios en idioma inglés se aplicó como herramienta de autoevaluación a través de cuestionarios autoadministrados como es el caso de: *“Medical Resident Ability to Self-Assess in Relation to their Competence within the Assessed Domain”* y *“Family physicians ability versus other specialty physicians in breaking bad news skills to patient in Suez Canal University Hospital and family practice centres”*, donde de igual manera demostró ser útil. (14,27,58)

### **2.13. ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (JPSE)**

La JPSE fue desarrollada por el grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica en Philadelphia, Pensylvania en el 2001. (12)

Esta escala es un instrumento desarrollado específicamente para captar y medir la empatía en el contexto de la atención al paciente.(12)

Su elaboración se fundamentó en la compilación de varios elementos identificados en la literatura que fueron sometidos a una revisión de la validez de estos por expertos a través de técnica Delphi y análisis factorial. Finalmente se conservaron 20 elementos, 10 de los cuales están redactados positivamente y 10 negativamente que posteriormente se agruparon en tres grandes componentes. Se califica a través de una escala tipo likert de 7 puntos; los elementos redactados en negativo se califican inversamente.

A continuación se describe cada componente:

1. **Toma de la perspectiva:** Compuesta por 10 elementos enfocados en su mayoría al entendimiento de las emociones, sentimientos, lenguaje verbal y no verbal del paciente además la toma de la perspectiva.
2. **Atención compasiva:** Compuesta por 8 elementos orientados al trato de las emociones del paciente en la atención médica.

3. **“Ponerse en los zapatos del paciente”:** Compuesta por 2 elementos. No disfruto leer sobre temas no médicos o arte. Y creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.

Se realizaron dos versiones: una para aplicar en una población de estudiantes, otra dirigida a médicos y otros profesionales de la salud (HP-Version).

La JPSE proporciona una puntuación acerca de la empatía en la atención médica y permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía.(59) Ha sido traducida al español, validada y aplicada en Colombia(60,61) Venezuela (62), Chile(63) , Perú (13,15) y México(59) donde se ha demostrado su validez y confiabilidad.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. OBJETIVOS**

#### **3.1.1. GENERAL:**

- Determinar las características demográficas, de formación profesional y de residencia médica que pueden facilitar u obstaculizar al médico residente para el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado en el Hospital SOLCA, Núcleo Quito. Mayo- Junio 2014

#### **3.1.2. ESPECÍFICOS:**

- Determinar si las características demográficas, de formación profesional y de residencia médica del profesional residente como: sexo/ edad /capacitación previa recibida en comunicación en malas noticias / tipo de capacitación / capacitación en protocolos y guías clínicas para el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado facilitan u obstaculizan este proceso.
- Identificar el porcentaje de formación previa recibida y el tipo de formación de los médicos residentes en el Hospital SOLCA.
- Determinar el proceso de comunicación de malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado.

### 3. 2. HIPÓTESIS:

La capacitación previa en comunicación de malas noticias, el tipo capacitación formal, capacitación en protocolos y guías para el proceso de comunicación de malas noticias, años de residencia y el sexo del residente en el proceso de comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado facilitan dicho proceso a los médicos residentes que laboran en el Hospital SOLCA Núcleo Quito. Mayo- Junio 2014

### 3. 3.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

<i>Inclusión:</i>	<i>Exclusión:</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ser médico residente del hospital SOLCA Quito. Mayo-Junio 2014</li><li>• Que acepte participar en la investigación firmando el consentimiento informado.</li><li>• Que conteste la encuesta completa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NO ser médico residente del hospital SOLCA Quito. Mayo-Junio 2014</li><li>• Que NO acepte participar en la investigación</li><li>• Que NO conteste el encuesta completa</li></ul>

Tres médicos no aceptaron participar en el estudio por lo que no se les incluyó.

### 3.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
<b>Proceso de comunicación de malas noticias en pacientes con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. (P.C.V.L.)</b>	Conjunto de actividades durante la comunicación que realiza el médico mutuamente relacionadas o que, al interactuar, transmiten el mensaje al paciente de una manera sencilla, empática y que se da en un escenario adecuado.	Habilidades comunicativas del residente	Cualitativa Nominal	Breaking Bad News Assessment Schedule(BAS) <b>Adecuadas</b> <b>Inadecuadas</b>	$\geq 106$ $\leq 105$	Encuesta
		Relación empática con el paciente	Cualitativa Nominal	Escala de empatía médica de Jefferson <b>Adecuada</b> <b>Inadecuada</b>	$\geq 90$ $\leq 89$	Encuesta
		Escenario del proceso	Cualitativa Nominal	Disponibilidad física Privacidad Interrupciones Disponibilidad de tiempo <b>Adecuado</b> <b>Inadecuado</b>	# de respuestas positivas  $\geq 15$ $< 14$	Encuesta

	<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>TIPO VARIABLE</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>OBSTACULIZADORES</b>	Edad	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha		Cuantitativa Numérica	Edad en años	Años	Encuesta
	Tipo de residencia médica	Son las especialidades médicas en las que el médico residente se desenvuelve laboralmente que se diferencian de acuerdo a que asisten personalmente al paciente con actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas vs a las que utilizan técnicas quirúrgicas, medios invasivos o tecnología para tratar, modificar o extirpar físicamente la estructura patológica.		Cualitativa Nominal	<p>Oncología clínica Pediatria oncológica Medicina Interna Cuidados Paliativos Gastroenterología Neumología Psiquiatría</p> <p>Patología Radioncología Medicina Nuclear Imagenología Cirugía Oncológica Cuidados Intensivos Otras</p>	<p>Vinculada con el Paciente</p> <p>No vinculada con el paciente</p>	Encuesta
<b>FAVORECEDORES</b>	Sexo	Características genóticas y fenotípicas que distinguen a un individuo.		Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Hombre Mujer	Encuesta
	Meses de residencia	Tiempo en años de trabajo en medicina como residente.		Cuantitativa Numérica	# de meses que indique el residente	Meses	Encuesta

	Capacitación	Saberes aprendidos por el residente a través de un sistema educativo como la universidad (pregrado , postgrado) y programas organizados( cursos, seminarios, congresos) es el conocimiento organizado, con un método de enseñanza-aprendizaje Saberes del médico acerca de la existencia de protocolos y guías clínicas para el proceso de comunicación de malas noticias	Capacitación previa recibida acerca del proceso de comunicación de malas noticias.	Cualitativa Nominal	Si/No	Si/No	Encuesta
			Tipo de Capacitación sobre el proceso de comunicación de malas noticias	Cualitativa Nominal	Pregrado Postgrado Cursos, seminarios, congresos	Formal	Encuesta
					En mi experiencia diaria como residente A través de un docente/médico tratante De mis colegas.	Informal	
		Capacitación en protocolos y guías clínicas para el proceso de comunicación de malas noticias	Cualitativa Nominal	SPIKES/ EPICEE Estrategia de Buckman Ninguno	Si/No	Encuesta	

### **3.3 MUESTRA**

La muestra del estudio estuvo conformada por de todos los médicos residentes que se encontraban laborando en las diferentes áreas del Hospital SOLCA Núcleo-Quito, desde el mes de Mayo del 2014 hasta Junio 2014.

### **3.4 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo de corte transversal

### **3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El estudio se realizó en base a la aplicación de una encuesta auto administrada conformada por varias secciones:

- **A:** compuesta por las características de formación del médico residente.
- **B:** compuesta por la escala de empatía médica de Jefferson (*Anexo 2*), la cual valoró la relación empática con el paciente.
- **C:** compuesta por el B.A.S (*Anexo 3*) el cual valoró las habilidades comunicativas del médico. Este fue traducido por una docente de la Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura de la P.U.C.E. y certificado por la decana de la misma escuela (*Anexo 5*); la autora se basó también en el Revised BAS for Self-Assessment (*Anexo 4*) para esta sección.
- **D:** compuesta por preguntas de la escala elaborada por la autora para valorar el escenario (*Anexo 6*), la cual fue construida en base de la revisión

bibliográfica y otros cuestionarios. (7,16,43). Se calificó mediante una escala de likert de cinco puntos.

El BAS fue adaptado por la autora para que el médico residente conteste, se remplazaron algunos términos por sinónimos ya que la fiel traducción del original en inglés al español utilizaba términos que no se adecuaban al contexto de la investigación, además a los puntos de orientación de cada pregunta se les complemento con ejemplos para mejorar su entendimiento.

Para las preguntas 16 y 17 se utilizó la de lista ejemplo del B.A.S. sobre las preocupaciones de una paciente con cáncer de mama, se realizó un enunciado de un caso clínico y se les solicitó a los médicos que marquen en las opciones.

La encuesta utilizada se encuentra en el *Anexo 1*.

### **3.6 VALIDACIÓN**

Para el desarrollo del presente estudio se realizó una prueba piloto con siete médicos residentes. Los cuales laboraban en el Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas No.1, Hospital de especialidades Eugenio Espejo y residentes de Medicina Interna del Hospital San Francisco de Quito. Con la finalidad de conocer si la encuesta era de fácil entendimiento y para determinar si existía algún tipo de problema con esta para el desarrollo de la investigación.

Esta prueba piloto permitió reestructurar la encuesta para los médicos y estimar el tiempo aproximado de llenado de la encuesta, el cual fue de 20- 25 minutos

### 3.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron las respuestas de los médicos residentes con el programa SPSS versión 21.

Para el análisis univariado se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media, medianas, moda, DE, valores mínimos y máximos). Para el análisis bivariado se utilizó chi 2 como medida de significancia y OR con IC del 95% como medida de asociación.

Para la codificación de los datos, las edades y los meses de trabajo como residentes se agruparon y distribuyeron en base a las medianas:  $\geq$  de 29 años y  $<$  de 29 años, para la edad y  $\geq$  de 18 meses y  $<$  de 18 meses, para los meses de trabajo.

Las dimensiones de la variable dependiente y cada componente de las escalas, se calificaron con un punto de corte en base del percentil 75.

Dimensiones de la variable dependiente		Proceso comunicación malas noticias
Relación empática Cualitativa Nominal	Adecuada Inadecuada	1, 2 y 3 adecuados = ADECUADO
Habilidades comunicativas Cualitativa Nominal	Adecuadas Inadecuadas	
Escenario Cualitativa Nominal	Adecuada Inadecuada	

Variable Independiente	Variable Dependiente	Medida de significancia	Medida de asociación
Edad Cualitativa Nominal	<b>Relación Empática con el paciente</b> Cualitativa Nominal <b>Habilidades comunicativas del médico en malas noticias</b> Cualitativa Nominal <b>Escenario</b> Cualitativa Nominal	Chi2	OR
Sexo Cualitativa Nominal			
Tipo de Residencia Cualitativa Nominal			
Años de residencia Cualitativa Nominal			
Capacitación previa Cualitativa Nominal			
Tipo de capacitación Cualitativa Nominal			
Capacitación en protocolos y guías clínicas Cualitativa Nominal			

### 3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

A los participantes se les invitó a participar en la investigación por medio de una carta de presentación de la investigación (*Anexo7*) y documentaron su aceptación a través de la firma del consentimiento informado (*Anexo8*).

Todas las entrevistas realizadas a los médicos residentes fueron de manera anónima con el fin de proteger su identidad para que puedan expresarse con libertad y sin temores. Toda la información recopilada fue única y exclusivamente con fines investigativos.

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

El proceso se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital SOLCA- Núcleo Quito durante los meses de Mayo a Junio del 2014; se encuestó a 62 médicos, quienes cumplían con los criterios de inclusión del estudio y se encontraban laborando en todas las áreas de dicha institución.

### **4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

#### **4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SEGÚN TIPO DE RESIDENCIA**

Del total de las encuestas realizadas se obtuvo que la mayoría de los encuestados: fueron *mujeres* en el 58.68%, integraban el grupo de especialidades médicas *vinculadas con el paciente* en el 56.5%, pertenecían al grupo de edad comprendido por  $\geq 29$  años en el 51,6% y refirió haber trabajado como residente  $\geq 18$  meses en el 53,2% (Tabla N°1)

En este estudio el promedio de edad de los médicos fue de 28,60 años (DE=1,604), con una mediana de 29 años y distribuidos en un rango de 26 a 33 años. (Tabla N°2)

En cuanto a meses de trabajo como residente el promedio fue de 20,27 meses (DE=12,683), con una mediana de 18 meses y distribuidos en un rango de 1 a 60 meses. (Tabla N°2)

**Tabla 1. Frecuencia y porcentaje según características demográficas y de tipo de residencia médica de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Sexo</b>		
Femenino	37	58,68
Masculino	25	40,32
<b>Edad</b>		
≥ 29años	32	51,60
<29años	30	48,40
<b>Tipo de residencia</b>		
Vinculada con el paciente	35	56,50
No vinculada con el paciente	27	43,50
<b>Meses de residencia médica</b>		
≥18meses	33	53,20
<18meses	29	46,80

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

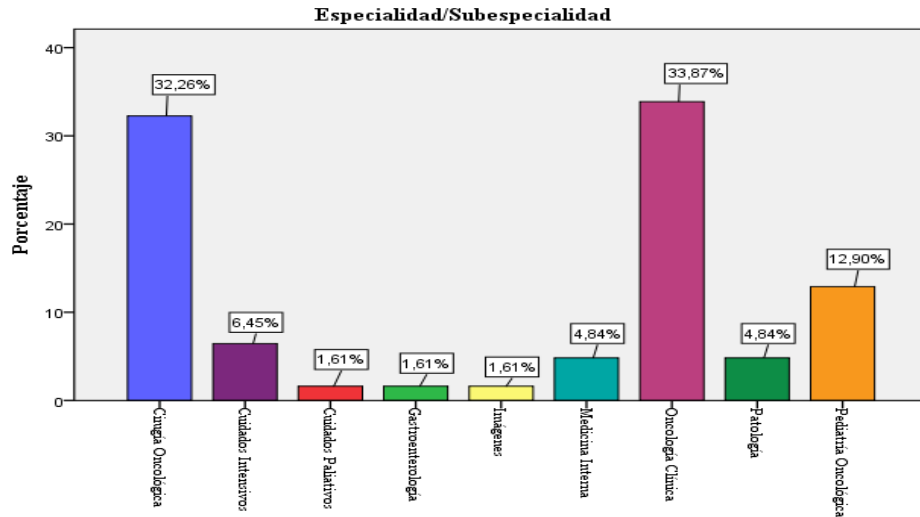
**Tabla 2. Edad en años y meses de trabajo como residente de los médicos residentes del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>V.Mínimo</i>	<i>V.Máximo</i>
Edad en años	28,60	29,00	1,604	26	33
Meses de Residencia	20,27	18,00	12,683	1	60

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

Las especialidades más frecuentes fueron: *Oncología Clínica en el 33.87% (n= 21)* *Cirugía Oncológica en el 32.26% (n=20)*, y *Pediatría Oncológica en el 12.90% (n= 8)*. (Gráfico N°1)

**Gráfico 1. Distribución de los médicos residentes encuestados del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, según especialidad y subespecialidad en la que laboraban.**



*Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM*

#### 4.1.2. FORMACIÓN PROFESIONAL

En relación a la formación profesional en comunicación de malas noticias el 61,29% *no* tuvo *capacitación previa* a lo largo de su carrera o práctica profesional, el 90,32% *no* *conocía* acerca de *protocolos y guías clínicas* y el 61,29% correspondía a *capacitación informal*. (Tabla N°3)

**Tabla 3. Características de formación profesional de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Capacitación previa recibida</b>		
Si	24	38,71
No	38	61,29
<b>Tipo de capacitación</b>		
Formal	24	38,71
Informal	38	61,29
<b>Capacitación en protocolos y guías clínicas</b>		
Si	6	9,68
No	56	90,32

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*

*Fuente: Encuesta PCM*

La mayoría de los médicos que respondieron que sí tenían capacitación dijeron haber recibido esta en el pregrado (62,5%); un porcentaje menor manifestó que la recibió en cursos, seminarios y congresos (45,83%).(Tabla N°4)

Por el otro lado, los médicos que contestaron que no tenían capacitación indicaron mayoritariamente haber obtenido la información a través de su experiencia diaria (63,16%); un porcentaje menor respondió que esta información la obtuvo a través de un medico tratante/docente y sus colegas (50,08%) (Tabla N°4)

**Tabla 4. Lugar donde los médicos recibieron capacitación y a través de donde obtuvieron información sobre el proceso de comunicación de malas noticias Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

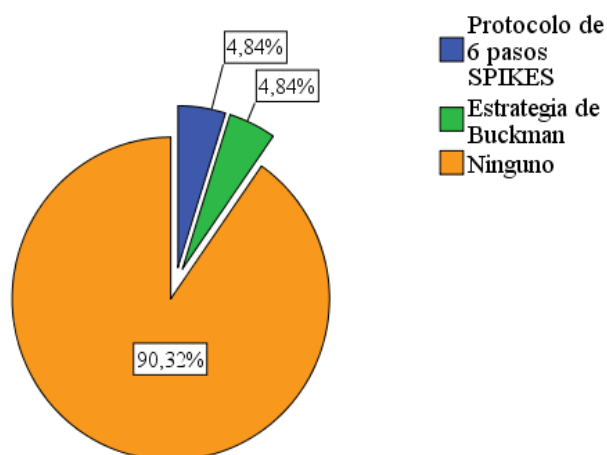
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Lugar donde recibieron capacitación</b>		
Capacitación en el pregrado	15	62,50
Capacitación en cursos, seminarios, congresos	11	45,83
Capacitación postgrado	0	0,00
<b>A través de donde obtuvieron información</b>		
En mi experiencia diaria	24	63,16
A través de un docente/médico tratante	15	39,48
De mis colegas	4	10,60

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*

*Fuente: Encuesta PCM*

A pesar de que la gran mayoría de los médicos encuestados desconocían acerca de protocolos y guías clínicas, tres respondieron conocer sobre el protocolo de 6 pasos SPIKES y tres acerca de la estrategia de Buckman, lo que correspondía alrededor del 10%. (Gráfico N°2)

**Gráfico 2 . Distribución en porcentaje de los médicos residentes según cuál protocolo conocían. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

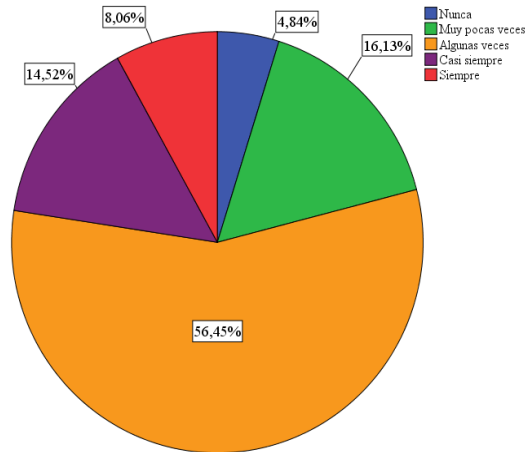


*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

#### **4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL ESCENARIO DEL P.C.M.**

El 79,13% de los médicos manifestó disponer de tiempo para comunicar malas noticias (*algunas veces* y *casi siempre/siempre*); un porcentaje menor respondió no disponer de tiempo (20,97%) (*Nunca* y *muy pocas veces*) (Gráfico N°3)

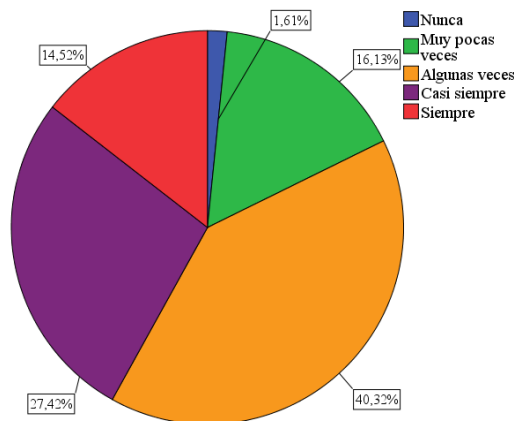
**Gráfico 3. Distribución en porcentaje de la disponibilidad de tiempo de los médicos para el proceso de comunicación de malas noticias a un P.C.V.L. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014**



Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM

El 82,36% de los médicos manifestó disponer de espacios físicos para comunicar malas noticias (*algunas veces* y *casi siempre/siempre*); un porcentaje menor respondió no disponer de espacios (17,74%) (*Nunca* y *muy pocas veces*)(Gráfico N°4)

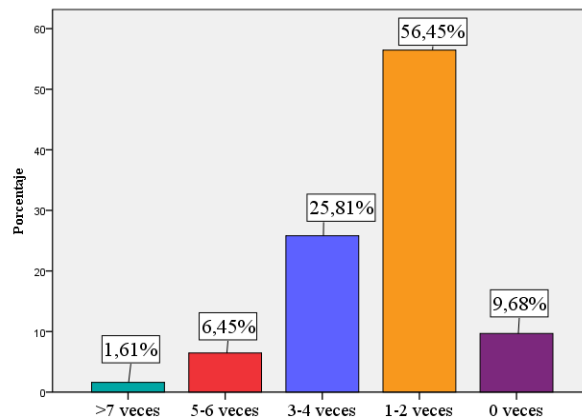
**Gráfico 4. Distribución en porcentaje de la disponibilidad de espacios físicos de los médicos para el proceso de comunicación de malas noticias a un P.C.V.L. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**



Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM

El 90.32% respondió ser interrumpidos en su práctica clínica al menos por una ocasión cuando comunican una mala noticia. (Gráfico N°5)

**Gráfico 5. Distribución según número promedio de interrupciones recibidas durante el proceso comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, a un P.C.V.L**

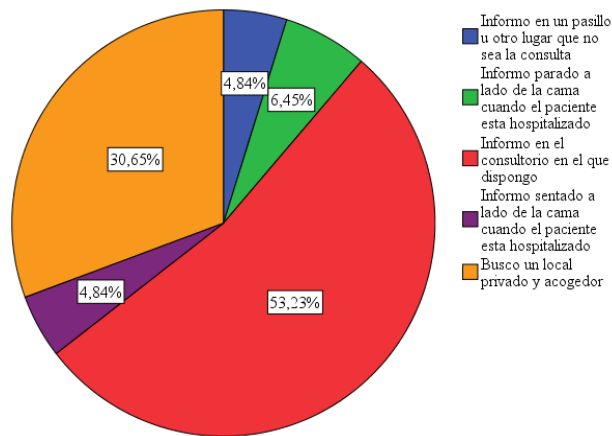


*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

El 64.52% respondió informar en **lugares inapropiados** (consultorio, en hospitalización parados a lado de la cama y en un pasillo u otro lugar); de estos lugares el 53,23% correspondía a informar en el consultorio.

El 35,48% indicó informar en **lugares apropiados** (local privado/acogedor y en hospitalización sentado a lado de la cama) (Gráfico N°6)

**Gráfico 6. Distribución en porcentaje de los médicos residentes encuestados del Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014, según lugar donde informan una mala noticia a un P.C.V.L.**



*Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM*

#### **4.1.4. RELACIÓN EMPÁTICA DEL MÉDICO EN EL PROCESO DE COMUNICACION DE MALAS NOTICIAS A UN P.C.VL.**

El promedio de los puntajes totales para relación empática fue de 85,05 (DE=12,777), con una mediana de 82,50 y estuvieron distribuidos en un rango de 64 y 132 puntos.

Los puntajes obtenidos en los componentes de empatía y el total estuvieron por debajo del punto de corte adecuado (P75); siendo el componente “toma de la perspectiva” el más bajo. (Tabla N°5)

**Tabla 5. Puntuaciones y percentiles en Escala de Empatía Médica de Jefferson de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>Val Min</b>	<b>Val Max</b>	<b>P75</b>
Toma de la perspectiva	43,16	42,00	7,603	29	68	≥46.25
Atención compasiva	29,90	30,00	5,939	13	46	≥32
Habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente"	7,68	8,00	2,071	2	14	≥8
<b>Total Jefferson</b>	<b>85.05</b>	<b>82,50</b>	<b>12,777</b>	<b>64</b>	<b>132</b>	<b>≥90</b>

*Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM*

#### 4.1.5. HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL MÉDICO RESIDENTE PARA EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A UN P.C.VL.

El promedio de los puntajes totales en habilidades comunicativas fue de 96,94 (DE=9,615), con una mediana de 97,00 y estuvieron distribuidos en un rango de 74 y 115 puntos. (Tabla N°6)

Los puntajes obtenidos en los componentes de habilidades comunicativas y el total estuvieron por debajo del punto de corte adecuado (P75); los componentes “comunicando las noticias” y “consideraciones generales” fueron los más bajos, seguidos por “preparando el escenario”. (Tabla N°6)

**Tabla 6. Puntuaciones y percentiles en el Breaking Bad News Assessment Schedule (BAS) de los médicos encuestados. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	Media	Mediana	DE	Val Min	Val Max	P75
A. Preparando el escenario	12,71	13,00	2,011	8	15	≥15
B. Comunicando las noticias	21,50	22,00	2,929	15	25	≥24
C. Investigando preocupaciones	12,03	12,00	2,165	7	15	≥14
D. Dando información	17,15	17,00	2,239	11	20	≥19
E. Consideraciones generales	33,50	34,00	3,439	24	40	≥36
Total BAS	96,94	97,00	9,615	74	115	≥106

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*

*Fuente: Encuesta PCM*

#### 4.1.6. ESCENARIO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A UN P.C.VL

Finalmente el promedio de los puntajes en el escenario fue de 13,58 (DE=2,473), con una mediana de 14,00 y estuvieron distribuidos en un rango de 9 y 20 puntos.

Los puntajes obtenidos en los componentes del escenario y el total estuvieron alrededor del punto de corte adecuado (P75); el “lugar donde comunica” fue el componente más bajo. (Tabla N°7)

**Tabla 7. Puntuaciones y percentiles de la escala del escenario del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>Val Min</b>	<b>Val Max</b>	<b>P75</b>
Tiempo disponible en práctica clínica	3,05	3,00	0,913	1	5	≥3
Espacios disponibles en institución	3,37	3,00	0,979	1	5	≥4
Interrupciones	3,66	4,00	0,809	1	5	≥4
Lugar donde comunica	3,50	3,00	1,142	1	5	≥5
Total Escenario	13,58	14,00	2,473	9	20	≥15

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

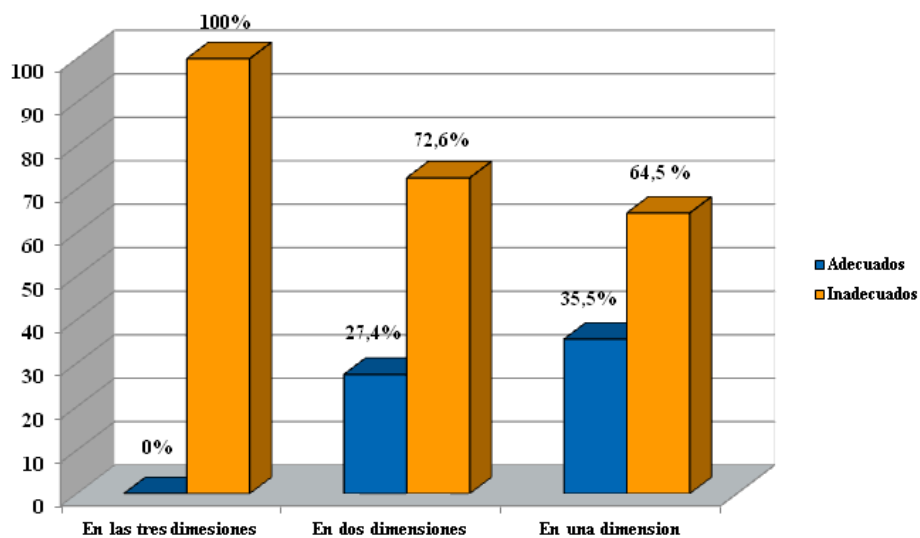
#### 4.1.7. EL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO.

En las tres dimensiones analizadas (relación empática, habilidades comunicativas y escenario) en el total de los encuestados se observó que:

- Ningún médico obtuvo puntajes adecuados en las tres dimensiones.
- El 27,4% obtuvo puntuaciones adecuadas en dos de las tres dimensiones.
- El 35,5% obtuvo puntuaciones adecuadas en una de las tres dimensiones.
- El binomio, habilidades comunicativas-relación empática fue el que menor puntuaciones adecuadas presentó (6,5%)
- La relación empática fue la que obtuvo menor puntaje adecuado (8,06%)

(Gráfico N°7 y Tabla N°8)

*Gráfico 7. Distribución en porcentaje según puntuaciones en las dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.*



Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM

**Tabla 8. Puntuaciones generales en las dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS (P.C.M.)</b>		
	<b>Puntajes Adecuados n (%)</b>	<b>Puntajes Inadecuados n(%)</b>
<b>En las tres dimensiones</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Relación empática- habilidades comunicativas- escenario del P.C.M.</i></li> </ul>	0 (0)	62 (100)
<b>En dos de las tres dimensiones</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Relación empática - habilidades comunicativas</i></li> </ul>	4(6,50)	58(93,50)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Relación empática - escenario del P.C.M.</i></li> </ul>	7(11,30)	55(80,70)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Habilidades comunicativas - escenario del P.C.M.</i></li> </ul>	6(9,70)	56(46,30)
<b>En una de las tres dimensiones</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Relación empática</i></li> </ul>	5(8,06)	57(74,20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Habilidades comunicativas</i></li> </ul>	6(9,70)	56(74,20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Escenario del P.C.M.</i></li> </ul>	11(17,74)	51(59,70)

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*

*Fuente: Encuesta PCM*

## **4.2. ANALISIS MULTIVARIAL**

### **4.2.1. RELACIÓN EMPÁTICA Y FACTORES DEMOGRÁFICOS**

Los médicos de *sexo femenino* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con los médicos de *sexo masculino*; el sexo masculino presentó tendencia a ser factor protector (OR=0,41) sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativos. (p=0.132) (Tabla N° 9)

El grupo de edad *<29 años* obtuvo más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con el grupo de *≥29 años*; por lo que este grupo constituía un factor de riesgo (OR=1,09) siendo no estadísticamente significativo este hallazgo (p=0,881). (Tabla N° 9)

### **4.2.2. RELACIÓN EMPÁTICA Y FACTORES DE RESIDENCIA MÉDICA**

El grupo comprendido por las especialidades *vinculadas con el paciente* obtuvo más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con el grupo de especialidades *no vinculadas con el paciente*; constituyendo el grupo de las especialidades no vinculado con el paciente un factor protector (OR=0,99) sin embargo no fue estadísticamente significativo este hallazgo (p=0,985). (Tabla N°9)

Los médicos con *≥ 18 meses* de trabajo como residente obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con que el grupo de *< 18 meses*;

por lo que este grupo constituía un factor de riesgo (OR=2,37), siendo este hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,143). (Tabla N° 9)

**Tabla 9. Relación empática con el P.C.V.L. vs características demográficas y de residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>RELACIÓN EMPÁTICA.</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuada n(%)</b>	<b>Adecuada n(%)</b>		
<b>Sexo</b>				
Masculino	16(25,8)	9(14,5)	0,41	0,132
Femenino	30(48,4)	7(11,3)		
<b>Edad</b>				
<29 años	24(38,7)	8(12,9)	1,09	0,881
≥29 años	22(35,5)	8(12,9)		
<b>Tipo de Residencia</b>				
No vinculada con el paciente	20(32,3)	7(11,3)	0,99	0,985
Vinculada con el paciente	26(41,9)	9(14,5)		
<b>Meses de residencia</b>				
≥18 meses	27(43,5)	6(9,7)	2,37	0,143
<18 meses	19(30,6)	10(16,1)		

Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM

#### **4.2.3. RELACIÓN EMPÁTICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

Los médicos que *no* tenían *capacitación previa* y el grupo con tipo de *capacitación informal* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con los que sí la tenían y eran del grupo de tipo de capacitación formal. (Tabla N°10)

La no capacitación previa y tipo de capacitación informal presentaron tendencia a ser factores protectores (OR=0,433), sin embargo este hallazgo para las dos variables no fue estadísticamente significativo (p= 0,191) (Tabla N°10)

Los médicos que *no* tenían *capacitación en protocolos y guías clínicas* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *relación empática* en comparación con los que *sí*; la no capacitación presentó tendencia a ser factor protector (OR=0,18) siendo este hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,128). (Tabla N°10)

**Tabla 10. Relación empática con el P.C.V.L. vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>RELACIÓN EMPÁTICA.</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuada n(%)</b>	<b>Adecuada n(%)</b>		
<b>Capacitación previa recibida</b>				
<i>No</i>	26(41,9)	12(19,3)	0,43	0,191
<i>Si</i>	20(32,3)	4(6,5)		
<b>Tipo de capacitación</b>				
<i>Informal</i>	26(41,9)	12(19,3)	0,43	0,191
<i>Formal</i>	20(32,3)	4(6,5)		
<b>Capacitación en protocolos y guías clínicas</b>				
<i>No</i>	40,5(64,5)	16,5(28,5)	0,18	0,128
<i>Si</i>	6,5 (9,7)	0,5(0,0)		

Elaborado por: Jeimy Arteaga

Fuente: Encuesta PCM

#### **4.2.4. HABILIDADES COMUNICATIVAS Y FACTORES DEMOGRÁFICOS**

Los médicos de *sexo femenino* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *habilidades comunicativas* en comparación con los médicos de sexo masculino; el sexo masculino presentó tendencia a ser factor protector (OR=0,59) sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo (p=0.360). (Tabla N°11)

El grupo de edad <29 años obtuvo más puntuaciones inadecuadas en *habilidades comunicativas* en comparación con el grupo de  $\geq 29$  años, constituyendo < de 29 años un factor de riesgo (OR=3,90) y esta relación estadísticamente significativa ( $p=0,030$ ) (Tabla N°11)

#### **4.2.5. HABILIDADES COMUNICATIVAS Y FACTORES DE RESIDENCIA MÉDICA**

El grupo comprendido por las especialidades *vinculadas con el paciente* obtuvo más puntuaciones inadecuadas en *habilidades comunicativas* en comparación con el grupo de especialidades *no vinculadas con el paciente*; constituyendo el grupo no vinculado con el paciente un factor protector (OR=0,50) sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo ( $p=0,234$ ). (Tabla N°11)

Los médicos con  $\geq 18$  meses de trabajo como residente obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *habilidades comunicativas* en comparación con que el grupo de < 18 meses; por lo que este grupo constituía un factor de riesgo (OR=1,19), sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativa ( $p=0,764$ ). (Tabla N°11)

**Tabla 11. Habilidades comunicativas vs características demográficas y de residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>HABILIDADES COMUNICATIVAS</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuadas n(%)</b>	<b>Adecuadas n(%)</b>		
<b>Sexo</b>				
Masculino	17(27,4)	8(12,9)	0,59	0.360
Femenino	29(46,8)	8(12,9)		
<b>Edad</b>				
<29 años	26(41,9)	4(6,5)	<b>3,90</b>	<b>0,030</b>
≥29 años	20(32,3)	12(19,3)		
<b>Tipo de Residencia</b>				
No vinculada con el paciente	18(29,0)	9(14,5)	0,50	0,234
Vinculada con el paciente	28(45,2)	7(11,3)		
<b>Meses de residencia</b>				
≥18 meses	25(40,3)	8(12,9)	1,19	0,764
<18 meses	21(33,9)	8(12,9)		

Elaborado por: Jeimy Arteaga

Fuente: Encuesta PCM

#### **4.2.6. HABILIDADES COMUNICATIVAS Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

Los médicos que **no** tenían **capacitación previa recibida** y el grupo con tipo de **capacitación informal** obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en **habilidades comunicativas** en comparación con los que sí la tenían y el grupo con tipo de capacitación formal (Tabla N°12)

La no capacitación y tipo de capacitación informal presentaron tendencia a ser factores de riesgo (OR=1,88), sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo. (p= 0,282) (Tabla N°12)

Los médicos que *no* tenían *capacitación en protocolos y guías clínicas* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en *habilidades comunicativas* en comparación con los que sí, constituyéndose la no capacitación un factor de riesgo (OR=7,333) y la relación estadísticamente significativa. (**p =0,016**). (Tabla N°12)

**Tabla 12. Habilidades comunicativas del médico vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>HABILIDADES COMUNICATIVAS</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuadas n(%)</b>	<b>Adecuadas n(%)</b>		
<b>Capacitación previa recibida</b>			1,88	0,282
No	30(48,4)	8(12,9)		
Si	16(25,8)	8(12,9)		
<b>Tipo de capacitación</b>			1,88	0,282
Informal	30(48,4)	8(12,9)		
Formal	16(28,5)	8(12,9)		
<b>Capacitación en protocolos y guías clínicas</b>			<b><u>7,333</u></b>	<b><u>0,016</u></b>
No	44(71,00)	12(19,3)		
Si	2(3,2)	4(6,5)		

Elaborado por: Jeimy Arteaga  
Fuente: Encuesta PCM

#### **4.2.7. ESCENARIO Y FACTORES DEMOGRÁFICOS**

Los médicos de *sexo femenino* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en el *escenario* en comparación con los médicos de *sexo masculino*; el sexo masculino presentó tendencia a ser factor protector (OR=0,44) sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo (p=0,123) (Tabla N° 13)

Las diferencias en cuanto a puntuaciones inadecuadas en el escenario de los grupos de edad de  $\geq 29$  años y  $< 29$  años fueron pequeñas; el grupo de  $< 29$  años presentó tendencia a ser factor de riesgo (OR=1,34) siendo no estadísticamente significativo este hallazgo (p=0,570). (Tabla N° 13)

#### **4.2.8. ESCENARIO Y FACTORES DE RESIDENCIA MÉDICA**

El grupo comprendido por las especialidades *vinculadas con el paciente* obtuvo más puntuaciones inadecuadas en el escenario en comparación con el grupo de especialidades *no vinculadas con el paciente*; constituyendo el grupo no vinculado un factor protector (OR=0,74) sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo (p=0,561). (Tabla N° 13)

Los médicos con  $\geq 18$  meses de trabajo como residente obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en el escenario en comparación con que el grupo de  $< 18$  meses; por lo que este grupo constituía ser un factor de riesgo (OR=1,42), sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativa (p=0,498). (Tabla N° 13)

**Tabla 13. Escenario del P.C.M. vs características demográficas y residencia médica. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>ESCENARIO DEL PCM</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuado n(%)</b>	<b>Adecuado n(%)</b>		
<b>Sexo</b>				
Masculino	12(19,3)	13(21,0)	0,44	0,123
Femenino	25(40,4)	12(19,3)		
<b>Edad</b>				
<29 años	19(30,9)	11(17,7)	1,34	0,570
≥29 años	18(29,0)	14(22,6)		
<b>Tipo de Residencia</b>				
No vinculada con el paciente	15(24,2)	12(19,3)	0,74	0,561
Vinculada con el paciente	22(35,5)	13(21,0)		
<b>Meses de residencia</b>				
≥18 meses	21(33,9)	12(19,3)	1,42	0,498
<18 meses	16(25,8)	13(21,0)		

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*

*Fuente: Encuesta PCM*

#### **4.2.9. ESCENARIO Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

Los médicos que *no tenían capacitación previa*, tipo de *capacitación informal* y *no capacitación en protocolos y guías clínicas* obtuvieron más puntuaciones inadecuadas en el escenario en comparación con los otros. (Tabla N°14)

El no tener capacitación previa, tipo de capacitación informal y capacitación en protocolos/guías presentaron tendencia a ser factores protectores (OR=0,82 y 0,27) sin embargo estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos (p=0,719 y 0,214) (Tabla N°14)

**Tabla 14. Escenario del proceso de comunicación de malas noticias vs características de formación profesional. Hospital SOLCA- Núcleo Quito. Mayo - Junio 2014.**

<b>ESCENARIO DEL PCM</b>			<b>OR</b>	<b>p</b>
	<b>Inadecuadas n(%)</b>	<b>Adecuadas n(%)</b>		
<b>Capacitación previa recibida</b>			0,82	0,719
No	22(35,5)	16(25,8)		
Si	15(24,2)	9(14,5)		
<b>Tipo de capacitación</b>			0,82	0,719
Informal	22(35,5)	16(25,8)		
Formal	15(24,2)	9(14,5)		
<b>Capacitación en protocolos y guías clínicas</b>			0,27	0,214
No	32(51,6)	24(38,7)		
Si	5(8,1)	1(1,6)		

*Elaborado por: Jeimy Arteaga*  
*Fuente: Encuesta PCM*

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

Este estudio se realizó con el objetivo de encontrar que características demográficas, de formación profesional y de residencia médica pueden facilitar u obstaculizar al médico residente para el P.C.M. Además evaluar al proceso de comunicación de malas noticias en sus tres dimensiones e identificar el porcentaje de capacitación previa recibida en comunicación de malas noticias y tipo de capacitación de los médicos.

### **5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

Según el análisis de la población del presente estudio se observó que el sexo femenino fue menos empático y que la relación entre sexo del médico y la empatía no fue estadísticamente significativa. Estos datos no concuerdan con lo descrito por Hojat, et al.(2002) donde a pesar que la relación no fue estadísticamente significativa, se evidenció que las mujeres eran más empáticas que los hombres. (12) De igual manera en otros estudios realizados en estudiantes de medicina por Alonso, et al.,(2013) Saucedo, et al.(2012) y Alcorta, et al (2005) no se encontró significancia estadística pero sí puntuaciones de empatía mayores en el sexo femenino. (61) (13)(59)

Las importancia en cuanto a las diferencias observadas en la empatía según el sexo en el ámbito médico descritas por Hojat, et al.(2002), hacen énfasis a que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales, comparten más tiempo con el paciente, tiene una mayor probabilidad de involucrarse en conversaciones positivas, dialogan e indagar sobre asuntos psicológicos, sociales de salud/enfermedad, realizan mayor

asesoría preventiva, tienen mejor disposición para conversar sobre temas médicos y estar alerta a las preocupaciones emocionales y de la vida cotidiana del paciente. En contraste, los hombres se inclinan frecuentemente a ofrecer soluciones racionales.(12)

Al analizar las habilidades comunicativas de los médicos según sexo en el presente estudio, se observó que las mujeres obtuvieron menores puntuaciones y que la relación encontrada tampoco fue estadísticamente significativa. Este hallazgo de igual manera que lo anterior descrito no concuerda con Hojat, et al. (2002) y Roter, et al. (2002) quienes describen que las mujeres tienen mejores habilidades en comunicación; esto debido posiblemente a la capacidad superior en sociabilidad, sensibilidad a los estímulos sociales, percepción de las emociones, transmisión y detección de señales emocionales no verbales.(12,64)

Las edad del médico menor de 29 años como factor que afecta a las habilidades comunicativas para dar malas noticias en el presente estudio presentó significancia estadística, lo que coincidió con lo descrito por Maguire, et al. (1986) donde los médicos más jóvenes presentaban gran dificultad en transmitir la información a los pacientes, en su estudio el autor describe que las debilidades que en este grupo que más se evidenciaron fueron la exploración de los puntos de vista de los pacientes sobre sus enfermedades y sobre las expectativas del paciente acerca del tratamiento. En el estudio realizado por Maguire, et al., los médicos participantes estuvieron de acuerdo en que su mal desempeño se debió a la falta de una orientación clara sobre cómo dar información y asesoramiento a los pacientes, ya sea mientras o desde que eran estudiantes de medicina. (53)

La empatía en el presente estudio para el grupo menor de 29 años de edad fue menor y no se evidenció relación estadísticamente significativa lo que concuerda con el estudio de Alcorta, et al (2005).(59). Esto pudiera explicarse con lo descrito por Neumann, et al (2011), en su estudio donde la empatía podría verse afectada por factores como idealismo, entusiasmo y humanidad que les hace más vulnerables a estudiantes y médicos jóvenes.(52)

## **5.2. CARACTERÍSTICAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

En cuanto a la capacitación previa recibida en comunicación de malas noticias según el análisis de la población del presente estudio se observó que el 61.29% de los médicos no recibieron capacitación a lo largo de su carrera o práctica profesional, este dato se encuentra dentro de lo descrito por García et al. (2008) y Payan et al. (2009) en sus estudios.

García, et al. (2008) en su estudio con un grupo de médicos no especializados en cuidados paliativo reporta que un 56% de los médicos no reciben información o capacitación para comunicar malas noticias. (62) A su vez Payan, et al. (2009) en su estudio con médicos especializados en oncología reporta en un 73,2% que los médicos no habían recibido ninguna o casi ninguna capacitación en habilidades de comunicación de malas noticias. (16)

Dentro de las características de formación profesional en el presente estudio el porcentaje de no capacitación en protocolos y guías clínicas para comunicación de malas noticias fue del 90,32%, mayor al 63,5% reportado por Payan, et al.(2009) (16)

En cuanto al tipo de capacitación, Baile et al. (2000) publican los resultados de la encuesta llevada a cabo durante el simposium de comunicación de la reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), la cual incluyó médicos oncólogos y practicantes, donde se encontró que el 4,8 % de los participantes tenían capacitación formal. En el presente estudio el porcentaje de capacitación formal fue de 38,71%, sin embargo se observó un predominio de la capacitación informal al igual que en el estudio de Baile et al. (9)

En lo observado en los estudios, se evidencia que acerca de esta temática todavía se imparte poco o en ninguna ocasión y ha sido desatendida dentro de la formación médica universitaria. (6,7,56) Corroborándose en el presente estudio que en el 61,29% no recibieron capacitación y de estos casos la mayoría había obtenido información a través de su experiencia diaria. En los residentes que si tuvieron capacitación no todos recibieron esta capacitación en el pregrado sino también en cursos, seminarios y congresos.

En este estudio no tener capacitación previa en comunicación de malas noticias y tipo de capacitación informal fueron factores de riesgo para tener habilidades comunicativas inadecuadas siendo este dato no significativo, sin embargo él no posee capacitación en protocolos y guías clínicas como factor que afecta a las habilidades comunicativas para dar malas noticias, si fue estadísticamente significativo; lo que demuestra que la capacitación en general y específicamente en protocolos y guías influye en el proceso de comunicación de malas noticias.

Esto ha sido comprobado por Mohammed, et al (2010) quienes reportaron que la capacitación en comunicación que recibían los médicos familiares les ayudaba para comunicar una mala noticia en comparación con las otras especialidades que no la tenían. (14)

Se observa que la capacitación es importante y también ayuda a mejorar las habilidades de establecer una relación empática y una sensación de confianza en el médico que le ayudara a enfrentarse con las dificultades descritas por Maguire et al. (1986) tales como manejo de emociones del paciente y exploración de problemas psicosociales.(53)

### **5.3. CARACTERÍSTICAS DE RESIDENCIA MÉDICA**

El análisis por tipo de residencia en el presente estudio mostró que las especialidades categorizadas como vinculadas con el paciente obtuvieron menores puntuaciones en empatía y que las diferencias no fueron significativas. Estos datos no concuerdan con el estudio realizado por Hojat, et al.(2002), quienes encontraron que existía relación entre tipo residencia vinculada con el paciente y una mayor empatía.(12) De igual manera Saucedo, et al.(2012) reporta que las especialidades vinculadas con el paciente tiene mayores puntuaciones en empatía. (13) Las diferencias encontradas en la literatura por tipo de residencia médica se explican ya que las especialidades vinculadas con el paciente se encuentran más en contacto con los pacientes mientras que las otras especialidades no tienen mayor demanda en cuanto al entendimiento de emociones y experiencias del paciente, debido a que se encuentran notoriamente orientadas a la tecnología o a procedimientos (12) En cuanto habilidades comunicativas en el presente estudio, la diferencia obtenida según especialidades

médicas no fue significativa, estos datos no concordaron con Mohammed, et al. (2010) quienes reportan que la especialidad de Medicina Familiar tiene mejores habilidades de comunicación y que esta diferencia es estadísticamente significativa. En este estudio no se analizó cada una de las especialidades a las que pertenecían los médicos en relación a habilidades comunicativas.(14)

Los resultados de este estudio, en cuanto a mayor tiempo de meses laborando como médico residente y habilidades comunicativas adecuadas no fueron estadísticamente significativos, esto no concordó con el estudio de Mohammed, et al.(2010), quienes si encontraron que existía esta relación entre mayor tiempo de experiencia laboral y puntajes adecuados en habilidades comunicativas en médicos. (14) La empatía en este estudio fue menor en los médicos que laboraban  $\geq 18$  meses, siendo esta relación no significativa; este aspecto concordó con Saucedo,et al.(2012), quienes en su estudio con estudiantes de medicina reportan que los estudiantes de sexto año tienen menos puntuaciones en empatía, no hallándose relación significativa.(13) Sin embargo difiere con los estudios de Neumann, et al. (2011) y Hojat, et al.(2009) quienes si encontraron significancia estadística en esta relación, los autores describen que la empatía sufre una erosión en los estudiantes y médicos con el transcurrir del tiempo que podría deberse a factores como las primeras experiencias con los pacientes, el enfrentarse con la realidad clínica (caracterizada por la enfermedad, el sufrimiento humano y la muerte), la alta carga de trabajo y estudios, tiempo de estancia corto con el paciente, mayor responsabilidades con los pacientes, el agotamiento profesional, entre otros. (52) (55)

#### **5.4. ESCENARIO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS**

El escenario para el proceso de comunicación de malas noticias es muy importante por la necesidad que existe de crear un clima de confianza, comodidad, privacidad y concentración, sin embargo varios estudios evidencian dificultades para la preparación de este. En este estudio, el 20,97% contestó tener falta de tiempo en su práctica clínica para comunicar una mala noticia, comparando con el 45,1% reportado por Payan, et al. (2009) se evidencia que la falta de tiempo fue menor. A su vez en este estudio, el 17,74% contestó tener una falta de espacios físicos adecuados, siendo este porcentaje de igual manera menor al 30,5% reportado por los mismos autores. (16)

El análisis de este estudio mostró que el 90,32% de los médicos es interrumpido durante la comunicación de malas noticias, este dato concuerda con Rhoades, et al (2002) quienes indican que los médicos son interrumpidos durante la consulta y visita médica, siendo las interrupciones más frecuentes los golpes en la puerta y timbre de teléfono. (48)

En cuanto al lugar donde se comunica la mala noticia en el presente estudio el 64,52% contestó hacerlo en lugares donde no se tiene una adecuada privacidad, como la consulta, en un pasillo y en hospitalización; siendo la consulta el lugar donde más se comunica una mala noticia. Esto concuerda con el estudio de Martín, et al.(2009) donde se observó que en el 68,4% se transmitían malas noticias en dicho lugar. (43)

## **5.5. PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA, CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO**

En el presente estudio se observó que la mayoría de los encuestados no obtuvieron puntajes adecuados en las tres dimensiones del proceso de comunicación. La dimensión de habilidades comunicativas y de relación empática fueron las más afectadas. En la dimensión relación empática, “toma de la perspectiva” fue el componente más afectado y en la dimensión de habilidades comunicativas los más afectados fueron “comunicando la noticia” y “consideración generales”.

Tomando en cuenta que estos componentes se enfocan en el entendimiento de las emociones, sentimientos, lenguaje verbal y no verbal del paciente, ponerse en el lugar del otro y ver el mundo desde la perspectiva de la persona (paciente) sin abandonar su propia, que el médico responda sensiblemente a las perspectivas del paciente y realice una exploración de las preocupaciones y aspectos psicosociales del mismo; se observó que estos hallazgos concuerdan con los estudios realizados por Maguire et al.(1986) , Lee et al. (2002) y Payan et al.(2009) (53) (65) (16)

Maguire et al.(53) y Lee et al.(65) en sus estudios describen dificultades para comunicar en relación a manejo e identificación de expresiones emocionales en los pacientes, también en cuanto a exploración de problemas psicosociales del paciente. Payan et al.(16) enfatiza como barreras los aspectos emocionales del proceso comunicativo específicamente relacionado a las emociones del médico, la respuesta a las emociones del paciente y su relación con la escasa capacitación.

## 5.8. LIMITACIONES

- La cantidad de médicos encuestados no fue la suficientemente amplia como para determinar una asociación entre ciertos factores que pueden influir en el proceso de comunicación de malas noticias a un P.C.V.L.
- La encuesta fue de tipo auto administrado lo que podría implicar que su llenado no pudo ser en un sentido de autoevaluación sino en relación a las acciones que serian correctas realizarlas en la práctica clínica; no necesariamente el médico en su práctica realiza las acciones descritas en las preguntas.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

- En la muestra de este estudio se observó que existe un porcentaje importante de falta de capacitación sobre esta temática en los médicos.
- La capacitación en general y específicamente en protocolos y guías para la comunicación de malas noticias constituye un factor facilitador muy importante y que influye en los demás para el proceso de comunicación de malas noticias.
- Existe una relación directa entre menor edad del médico y habilidades comunicativas inadecuadas, indicando la importancia en los médicos jóvenes de la capacitación en comunicación de malas noticias.
- El grupo de especialidades vinculadas con el paciente *no* constituyó ser un factor obstaculizador en este estudio para el proceso de comunicación de malas noticias.
- La mayor cantidad de meses laborando como residente y el sexo femenino *no* constituyeron ser factores facilitadores en este estudio para el proceso de comunicación de malas noticias.
- El escenario donde se comunica todavía no reúne todas las características esenciales para realizar un proceso comunicativo de malas noticias adecuado.

- Existe un compromiso importante de las tres dimensiones del proceso de comunicación de malas noticias a un P.V.C.L. investigadas en este estudio, los componentes más afectados reflejan dificultades en cuanto al manejo de emociones y exploración de aspectos psicosociales de los pacientes que se relaciona con la no capacitación recibida.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- Dada la importancia que tiene un proceso de comunicación de malas noticias en la práctica médica es importante integrarlo en los programas de formación y educación médica
- Es importante capacitar a los estudiantes de pregrado y postgrado sobre el proceso de comunicación de malas noticias y de esta manera dotarles de una herramienta muy importante en su práctica clínica.
- Capacitar a los médicos en protocolos y guías clínicas existentes para el proceso de comunicación de malas noticias, les permitirá enfrentar de una mejor manera situaciones emocionales difíciles con los pacientes oncológicos y a su vez ofrecer un acompañamiento con enfoque biopsicosocial.
- Identificar la aplicabilidad de las herramientas existentes para el proceso de comunicación de malas noticias en nuestra población de pacientes oncológicos, con la finalidad de establecer un protocolo standart, dominado y conocido por los médicos que laboran en SOLCA y en otras instituciones que trabajan con este tipo de pacientes; de esta manera se fortalecería la atención que el médico brinda los pacientes oncológicos.

- Se debe procurar que el médico, el personal y las instituciones que trabajan con pacientes oncológicos conozcan sobre el escenario adecuado del proceso de comunicación de malas noticias, ya que todavía no reúnen las características esenciales.
- Es relevante mejorar las condiciones de los espacios donde el médico comunica una mala noticia para que se pueda realizar un buen proceso comunicativo.
- No existen estudios en el Ecuador acerca del proceso de comunicación de malas noticias por lo que impulsar la investigación médica sobre este campo sería de utilidad.
- Se sugiere la investigación de los factores estudiados en una población más grande con el fin de encontrar valores significativos.
- Se podría utilizar otro tipo de metodología por ejemplo a través de observación al médico por otros, videograbaciones y no una encuesta auto administrada para poder medir durante una entrevista real habilidades comunicativas, empatía médica y características del escenario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alvarez A. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS, AUTONOMÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS. Universidad de Murcia-España; 2013. p. 1–58.
2. Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. 2da ed. Harcourt-Brace, editor. Madrid, España; 1998.
3. Alves De Lima A. ¿ Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Rev Argent Cardiol [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 4];(5):217–20. Available from: [http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como\\_comunicar\\_malas\\_noticias.pdf](http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf)
4. Fernández LKFAM. Habilidades De Comunicacion En El Equipo De Salud. Mag Kinesico [Internet]. 2005 [cited 2014 Jul 22]; Available from: <http://cc.bingj.com/cache.aspx?q=habilidades-de-comunicacion-en-el-equipo-de-salud&d=4872495730655924&mkt=es-xl&setlang=es-ES&w=O5XvHBikpRanwVM6PdQCas69aETeeYeU>
5. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D, Fax F. Comunicación de malas noticias en medicina : un estudio exploratorio. Rev médica la Univ Navarra. 2007;51:28–31.
6. Elizari Basterra Francisco Javier; Bermejo José. 10 palabras clave ante el final de la vida. In: Divino V, editor. 1era ed. España; 2007. p. 464.
7. García-reyes DW, Lara-solares DA, Guevara-lópez U. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. Med Anestesiol. 2008;31:9–14.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Pascual J FMP. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. [Internet]. Catalunya; 2012 p. 444. Available from: Accesible en: <http://www.iconcologia.net>
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E a, Kudelka a P. SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist [Internet]. 2000 Jan;5(4):302–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964998>
10. Buckman R a. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncol [Internet]. 2005 Mar;2(2):138–42. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1548531511708671>

11. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med* [Internet]. 2009 Sep;84(9):1198–202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707057>
12. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados. 1era ed. Moderno M, editor. 2012.
13. Saucedo-Chinchay José Luis , Bravo Verónica, Guevara-Cotrina Yessenia Analí , Salaza Rogger Miguel r F, Vásquez D Cristian Denis D-VC. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo-Junio del 2011. *Rev cuerpo méd HNAAA* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 4];5(1):17–21. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4040557.pdf>
14. Mohammed S, Mohammed Y, ;Abass H. Family physicians ability versus other specialty physicians in breaking bad news skills to patient in Suez Canal University Hospital and family practice. *Asian Stud Med J* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 4];1(1). Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Family+physicians+ability+versus+other+specialty+physicians+in+breaking+bad+news+skills+to+patient+in+Suez+Canal+University+Hospital+and+family+practice+centres#0>
15. Rivera I, Universidad RB, Heredia PC. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22:91–9.
16. Payán E, Montoya D, Vargas J. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. *Colomb Med* 2009; [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 4];40:158–66. Available from: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3234>
17. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* [Internet]. 2004 Jan 24;363(9405):312–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14751707>
18. Baile WF, Lenzi R, Parker P a, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* [Internet]. 2002 Apr 15;20(8):2189–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956281>
19. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* [Internet]. 1984 [cited 2014 Nov 4];288(mAY):1597–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>

20. Payán C. Comunicar malas noticias: Una tarea difícil pero necesaria. *CIRUPED*. 2012;2(1):35–9.
21. Gajardo-ugas A, Lavados-montes C, Proceso EL, En C, Relación LA. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Pers y ...* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 4];14:48–55. Available from: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/1687>
22. Guerra-Tapia A. Transmisión de malas noticias en la consulta. *Communicating Bad News During an Office Visit*. *Actas Dermo- ...* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 4];104(1):2013–5. Available from: <http://www.actasdermo.org/es/communicating-bad-news-during-an/articulo/90185763/?pubmed=true>
23. Artús, Andrea; Beux, Verónica; Pérez S. Comunicación de malas noticias. *Biomedicina* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 4];7(1):28–33. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1577356608749285>
24. Díaz FG. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med intensiva* [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 4];30(9). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569106745697>
25. Kusminsky G. La comunicación de una mala noticia en la práctica médica. *HEMATOLOGÍA* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 4];17(2):179–83. Available from: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol17-n2-Lacomunicacionmalanoticia.pdf>
26. Sobrino A. Comunicación de malas noticias. *Semin Fund Esp Reum* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 4];9(2):111–22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1577356608749285>
27. Miller SJ, Hope T, Talbot DC. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer* [Internet]. 1999 May;80(5-6):792–800. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2362267&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Parker P a, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka a P, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* [Internet]. 2001 Apr 1;19(7):2049–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11283138>

29. Perry Z, Rosenblatt A, Biderman A. Breaking Bad News: Attitudes of Physicians and Patients in Primary Care. *Ann Behav Sci* ... [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 4];17(2):17–25. Available from: <http://www.absame.org/annals/ojs/index.php/annals/article/view/69>
30. Bascuñán R, Luz M. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005 [cited 2014 Nov 4];133:693–8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000600012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600012)
31. Sarafis P, Tsounis A. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Glob J Heal* ... [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 4];6(2):128–37. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/31080>
32. Fonnegra de Jaramillo I. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas , el dolor y la muerte para vivir más plenamente. 2da ed. Intermedio, editor. Santafé de Bogotá; 2000.
33. Merino N, Reyes T, Reyes M. Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería. *Inst Nac Cancerol*. 2010;5:37–44.
34. Bascuñan L. Comunicación de “ malas noticias ” en salud. *Rev Med Clínica CONDES*. 2013;24(4):685–93.
35. Ibar, Ricardo; Barragán, Roxana ; Barone , María Elisa; Salvay, Marcelo; Yankowski, Alejandro; Anchorena, Matías; Vitale, Hugo; García Inostrosa, Javiera; Ojeda, Jorge; Cialzeta, José; Maidana, Pablo; Cuestas, Martín ; Fontana, Roxana ; Pechieu, Marcelo; Cabrera, Osvaldo; Roizman G. SEMINARIO COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO. ¿ CÓMO SE LO DIGO ? Buenos Aires (Argentina); 2010.
36. Rivera N, Horta F. La dimensión comunicativa en la práctica médica“ El valor de la entrevista.”*Rev Cuba Educ Med Super*. 2001;15(2):301–11.
37. Rodríguez M antonieta. Relación médico-paciente. 2da ed. Ciencias M, editor. Revista argentina de dermatología. La Habana; 2008.
38. Pérez I. La competencia comunicativa. Habilidades y destrezas comunicativas. *Procesos de aprendizaje: Desarrollo de habilidades comunicativas*. 2013. p. 1–15.
39. Intermedio. Diccionario didáctico de español. Madrid; 2000.

40. MOORE P, GÓMEZ G. La comunicación médico paciente:¿ Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 4];138:1047–54. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000800016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000800016&script=sci_arttext&tlng=pt)
41. Hernández, I; Fernadez, MA; Irigoyen, A; Hernández M. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. *Arch en Mediicina Fam* [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 4];8(2):137–43. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
42. Cantero N. “ LA COMPETENCIA COMUNICATIVA Y EL APRENDIZAJE.”*C/ Recogidas*. 2010;45(Parte 1):1–8.
43. Martín Hernández I, Trujillo Matienzo C. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neuro degenerativas. *Revi Latinoam Bioética*. 2009;9(2):76–85.
44. Rodríguez, Tomás; Blanco, Miguel; Parra I. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 4];38(3-4):79–90. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572009000300009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572009000300009&script=sci_arttext&tlng=en)
45. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulsy J a. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *J Palliat Med* [Internet]. 2007 Aug [cited 2014 Jul 21];10(4):958–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17803420>
46. Bermejo JC. Apuntes de relacion de ayuda [Internet]. TERRAE S, editor. España, Santander; 1998. Available from: [http://books.google.com.ec/books/about/Apuntes\\_de\\_relación\\_de\\_ayuda.html?id=MVv2R11sxIkC](http://books.google.com.ec/books/about/Apuntes_de_relación_de_ayuda.html?id=MVv2R11sxIkC)
47. Atici E. Cancer and Empathy. *JISHIM* [Internet]. 2006 [cited 2014 Oct 31];5(6):83–6. Available from: <http://www.ishim.net/ishimj/910/JISHIM NO.10 PDF/10.pdf>
48. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson a O. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* [Internet]. 2001;33(7):528–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11456245>
49. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1999 Jan;14 Suppl 1:S34–40. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1496869&tool=p mcentrez&rendertype=abstract>

50. Nicola B. The attitudes and beliefs of Ecuadorian oncologist in Quito to breaking bad news. 2011.
51. Dibble JL. Breaking Bad News in the Provider-Recipient Context: Understanding the Hesitation to Share Bad News from the Sender's Perspective Jayson. *Medical Communication in Clinical Contexts*. London; 2012. p. 77–94.
52. Neumann, Melanie; Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A SC. Empathy Decline and Its Reasons A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med* 2011 [Internet]. 2011;86(8):996–1009. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21670661>
53. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Most young doctors are bad at giving information. *Br Med J*. 1986;292(June):1573–6.
54. Moore P, ;Rivera Mercado, S;Grez Artigues, M; Lawrie T. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Collab*. 2014;(3).
55. Hojat, Mohammadreza PhD; Vergare, Michael MD; Maxwell, Kaye; Brainard, George PhD; Herrine, Steven K. MD; Isenberg, Gerald A. MD; Veloski, Jon MS; Gonnella JSM. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med* [Internet]. 2009;84(9):p 1182–1191. Available from: [http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/09000/The\\_Devil\\_i\\_s\\_in\\_the\\_Third\\_Year\\_\\_A\\_Longitudinal.12.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2009/09000/The_Devil_i_s_in_the_Third_Year__A_Longitudinal.12.aspx)
56. Molinuevo B, Clèries X. Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. *Rev FEM* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 4];17(2):115–22. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2014-98322014000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2014-98322014000200009&script=sci_arttext&tlng=pt)
57. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ* [Internet]. 1997 Jan [cited 2014 Oct 2];31(1):17–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9231119>
58. Whicker SA. Medical Resident Ability to self-assess in relation to their competence within the assessed domain. *North Carolina State University in*; 2012. p. 150.
59. Alcorta-garza A, González-guerrero JF, Tavitas-herrera SE, Rodríguez-lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Ment*. 2005;28(5):57–63.

60. Castaño JJ; FJ. EL PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES (COLOMBIA) Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, 2011. Arch Med. 2012;12(1):62–72.
61. Alonso L, Caro SE, Coronado, Ana maría; Erazo P, Narváez V. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte . Barranquilla ( Colombia ) Measurement of empathetic orientation in medicine students of Universidad del Norte . Barranquilla ( Colombia ). Salud Uninorte Barranquilla (Col). 2013;29(1):22–33.
62. Sánchez J. Empatía médica, edad y género en estudiantes de Medicina. Rev Electron Portales Médicos [Internet]. 2010; Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2380/1/Empatia-medica,-edad-y-genero-en-estudiantes-de-Medicina>
63. Castañeda S. Orientación empática de los estudiantes de kinesiología de dos escuelas de la Región Metropolitana. [Internet]. UNIVERSIDAD DE CHILE; 2006 [cited 2014 Nov 4]. Available from: <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/110659>
64. Roter D, Hall J, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. Jama [Internet]. 2002 [cited 2014 Nov 4];288(6):756–64. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195191>
65. Lee S, Back A. Enhancing physician-patient communication. Am Soc Hematol [Internet]. 2002 [cited 2014 Nov 3];464–83. Available from: <http://asheducationbook.hematologylibrary.org/content/2002/1/464.short>

ANEXOS

*Anexo 1.* Encuesta PCMN

Código de encuesta.....

**Recuerde que los datos aquí consignados son de carácter anónimo y confidencial**

Especialidad / sub-especialidad en la que labora:		Años de trabajo como residente:	
---	--	---------------------------------	--

Sexo:	Femenino	Masculino		Edad en años cumplidos:	
-------	----------	-----------	--	-------------------------	--

**INTRUCCIONES PARA RESPONDER LA ENCUESTA:**

- **ANTES DE CONTESTAR ESTA ENCUESTA ES NECESARIO QUE SE TOMEN UNOS MINUTOS PARA IDENTIFICAR UNA MALA NOTICIA QUE USTED GENERALMENTE DEBE DAR A SUS PACIENTES.** IMAGÍNESE QUE DENTRO DE UN MOMENTO UNA PERSONA VA ENTRAR A SU CONSULTORIO Y USTED DEBE INFORMARLE ESA MALA NOTICIA QUE ANTERIORMENTE IDENTIFICÓ.
- LEA LAS PREGUNTAS ATENTAMENTE, REVISE TODAS LAS OPCIONES Y **MARQUE CON UNA X** LOS ÍTEMS DE ACUERDO A LA UTILIZACIÓN QUE LE DA EN LA PRÁCTICA COTIDIANA Y SU EXPERIENCIA PERSONAL.
- SIGA LAS INSTRUCCIONES DE CADA SECCIÓN, SI LE SURGE ALGUNA DUDA MIENTRAS REALIZA LA ENCUESTA PUEDE PREGUNTAR DIRECTAMENTE A LA PERSONA QUE LE ENTREGÓ ESTA.
- **PROCURE NO BORRAR NI TACHAR.**

**SECCION A.** La siguiente sección es para abordar *la formación* que usted ha tenido acerca del proceso de dar comunicadas malas noticias a una **paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (PCVL).** **Marque con una X** la respuesta más apropiada para usted.

1. A lo largo de su carrera o práctica profesional ha recibido capacitación sobre el proceso de dar malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (PCVL)?

Si	No
----	----

2. Si usted respondió afirmativamente ¿Dónde recibió dicha capacitación?

En el pregrado	
En el postgrado	
Cursos, seminarios, congresos	

3. Si usted respondió negativamente ¿La información de cómo realizar este proceso usted la obtenido a través de?

En mi experiencia diaria como residente.	
A través de un docente/ médico tratante.	
De mis colegas.	

4. En cuanto a la capacitación en protocolos y guías clínicas para comunicar malas noticias a un **paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado (PCVL)**.  
¿En cuál de los mencionados usted ha sido capacitado?

Protocolo de 6 pasos SPIKES ó EPICEE	
Estrategia de Buckman	
Ninguno	

**SECCION B:** La siguiente sección está compuesta por unas oraciones vinculadas a la *relación empática* con un **paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. (PCVL)** Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones. **Por favor marque con una X** .Utilice la siguiente escala de 7 puntos:

1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7

Totalmente  
en desacuerdo

Totalmente  
de acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi comprensión sobre los sentimientos de mi PCVL y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.							
2. Mis PCVL se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos							
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis PCVL							
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi PCVL es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.							
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.							
6. Se me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi PCVL, ya que cada persona es diferente.							
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis PCVL durante la entrevista e historia clínica.							
8. La atención a las experiencias personales de mis PCVL es irrelevante para la efectividad del tratamiento.							
9. Trato de ponerme en el lugar de mis PCVL cuando los estoy atendiendo.							

10. Mi comprensión de los sentimientos de mis PCVL les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.							
11. Las enfermedades de mis PCVL sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.							
12. Considero que preguntarles a mis PCVL de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.							
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis PCVL poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.							
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado.							
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.							
16. Un componente importante de la relación con mis PCVL es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.							
17. Trato de pensar como mis PCVL para poder darles un mejor cuidado.							
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis PCVL con sus familias.							
19. No disfruto leer sobre temas no médicos o arte.							
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.							

**SECCION C:** Esta sección está compuesta por preguntas que representan *elementos claves* de las habilidades comunicativas que podrían ser utilizadas por usted en el proceso de comunicación de malas noticias a un **paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. (PCVL)**.

Cuando marque por favor coloque un círculo alrededor del número que refleja la calificación que usted desea dar de acuerdo a la utilización que le da en la práctica cotidiana y su experiencia personal. Lea detenidamente las preguntas.

**Nota:** Los enunciados que se encuentran debajo de las preguntas son sólo para facilitar su respuesta.

<b>A. Preparando el escenario:</b> En esta sección se explora si usted facilita una comunicación inicial antes de dar a conocer las malas noticias. Esto puede hacerse mediante la creación de un entorno que permita una comunicación privada y cómoda, a través de la presentación de usted al paciente o cuando usted muestra interés en el paciente como individuo.					
<b>1. ¿Crea el entorno apropiado? Usted podría haber (se):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocado las sillas en un ángulo que permite establecer contacto visual no forzado?</li> <li>• Asegurado de que el escritorio no esté ubicado entre usted y su paciente?</li> <li>• Asegurado de que el tacho de basura este fuera del camino?</li> <li>• Preparado para las reacciones de su paciente, por ejemplo, mediante la colocación de kleenex de manera que el paciente los pudiera alcanzar?</li> <li>• Tomado medidas para prevenir interrupciones, por ejemplo desconectando el teléfono?</li> </ul>	Muy bien 5	4	3	2	Muy Mal 1
<b>2. ¿Utiliza un saludo e introducción apropiada? Usted podría haber(se):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesto de pie para saludar al su paciente?</li> <li>• Establecido el nombre de su paciente?</li> <li>• Presentado utilizando su propio nombre?</li> <li>• Dado una breve descripción de su actividad profesional?</li> <li>• Indicado a su paciente dónde sentarse?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>3. ¿Muestra interés en el estado a de bienestar actual de su paciente y de las circunstancias personales al comienzo de la entrevista? Usted tal podría haber:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizado preguntas abiertas?( ejemplo ¿Cómo se encuentra usted el día de hoy?)</li> <li>• Establecido los eventos recientes para su paciente?</li> <li>• Establecido el estado físico del paciente?</li> <li>• Preguntado cómo su paciente se sentía emocionalmente?</li> <li>• Investigado sobre las circunstancias sociales del paciente?</li> <li>• Dado tiempo al paciente para terminar sus pensamientos?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>B. Comunicando las noticias:</b> Esta sección se centra específicamente en si usted es sensible a las perspectivas del paciente cuando le da la noticia. Los pacientes individualmente pueden variar con respecto a la cantidad de información que desean recibir durante la entrevista, y a la velocidad en que lo pacientes asimilan las noticias.					
<b>4. ¿Antes de dar las malas noticias ¿verifica lo que su paciente ya sabe? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta a su pacientes lo que él/ella cree acerca de la naturaleza de su problema?</li> <li>• Investiga lo que su paciente cree es el objetivo de esta reunión?</li> <li>• Verifica si su paciente tenía idea sobre los posibles resultados de esta consulta?</li> <li>• Se asegura de que él paciente entienda su perspectiva en esta etapa de la entrevista?</li> </ul>	Cuidadosamente 5	4	3	2	No del todo 1

<b>5. ¿Antes de dar las malas noticias usted las presenta con sensibilidad? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alerta gentilmente a su paciente al hecho de que lo que va a seguir es ser importante, antes de usar cualquier término específico?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>6. ¿ Al comunicar la noticias se permite decidir el detalle y el lenguaje utilizado? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia usando terminología no específica?</li> <li>• Responde a las señales de su paciente/ de sus familiares, o les pregunta si desean más detalles, antes de ser más específico?</li> <li>• Comprueba que el paciente este satisfecho con su propia comprensión de los términos utilizados?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>7. ¿Permite a su paciente establecer el ritmo de la entrega de las noticia? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita información apropiada cuando esta es solicitada?</li> <li>• Da la noticia a un ritmo en el que su paciente tiene tiempo para pensar y responder?</li> <li>• Comprueba que su paciente haya comprendido y asimilado lo que se ha dicho antes de dar más información?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>8. ¿Utiliza una pausa adecuada después de dar la noticia? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite que las noticias sobre el diagnóstico y sus implicaciones queden fijos?</li> <li>• Da a su paciente tiempo para responder?</li> <li>• Rompe el silencio adecuadamente si la pausa es demasiado larga?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>C. Investigando preocupaciones:</b> Esta sección se centra en si usted trata activamente de obtener del paciente una idea clara de las implicaciones personales, el significado de las noticias y las preocupaciones que estas le generan.					
<b>9. ¿Incentiva a hacer preguntas específicamente? Usted podría:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar al paciente a hacer preguntas en varias ocasiones (ejemplo: ¿No sé si habré sabido explicarme bien y querría que me pregunte si tiene dudas en cualquier comentario?)</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>10. ¿Intenta explícitamente obtener una lista completa de las preocupaciones del paciente? Usted explora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sentimientos y emociones del paciente acerca de la noticia que acaba de dar?</li> <li>• Las preocupaciones de su paciente sobre el tratamiento?</li> <li>• Las preocupaciones de su paciente sobre el pronóstico?</li> <li>• Las preocupaciones de su paciente acerca de su familia y las relaciones de el/ella con esta?</li> <li>• Las preocupaciones de su paciente acerca de los efectos sobre su entorno social, por ejemplo, su empleo?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No en absoluto 1

<b>11. ¿Chequea <i>explícitamente</i> que áreas son más importantes para el paciente ? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta a su paciente cuales temas son más importantes para el hablar en la reunión?</li> <li>• Preguntar en qué orden su paciente desea hablar de estos temas?</li> </ul>	Cuidadosamente 5	4	3	2	No en absoluto 1
<b>D. Dando información:</b> Esta sección trata de otros aspectos además de las noticias mismas					
<b>12. ¿Da información a la medida de las preocupaciones expresadas por el paciente? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Da información de manera enfocada a las preocupaciones expresadas por su paciente ?</li> <li>• Responde a las preguntas de su paciente ?</li> </ul>	Completamente 5	4	3	2	No del todo 1
<b>13. ¿Explica claramente cualquier información dada de manera para que el paciente entienda ?Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Da la información de una manera ordenada y lógica?</li> <li>• Utiliza términos apropiados con su paciente utilizando lenguaje sencillo y evitando términos médicos?</li> <li>• Verifica que su paciente haya entendido y ofrece aclaraciones?</li> <li>• Resume los puntos para su paciente ?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No del todo 1
<b>14. ¿Se enfoca en aspectos positivos? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica las opciones de tratamiento de una manera positiva ?</li> <li>• Alcanza un buen equilibrio entre las explicaciones de los beneficios y los efectos adversos?</li> <li>• Se informa y encarga de expedir información correcta sobre el pronóstico sin extinguir la esperanza?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No del todo 1
<b>15. ¿El contenido de la entrevista es objetivamente adecuado? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la información que da a su paciente la revisa previamente para comunicarla? (ejemplo pronóstico vida, anoto datos importantes)</li> <li>• Admite frente a su paciente que no tiene toda la información, sin embargo ofrece buscarla?</li> <li>• Utiliza enunciados como: “ No hay nada que podemos hacer por usted”, “Esta es una enfermedad incurable”, “Lo que usted tiene en cáncer”, “Con esto vamos a curarle”</li> </ul>	Siempre 5	4	3	2	No del todo 1
<b>E. Consideraciones generales:</b> Los siguientes puntos se refieren a la entrevista en su totalidad					
<b>16. ¿Los aspectos psicosociales de su paciente son tratados durante la entrevista? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce: los sentimientos y emociones de su paciente, los efectos sobre la familia y sus relaciones, y las circunstancias sociales?</li> <li>• Permite a su paciente hablar de estos temas?</li> <li>• Hace preguntas acerca de ellos?</li> <li>• Entabla un diálogo.</li> </ul>	Totalmente 5	4	3	2	No del todo 1

<b>17. ¿Brinda apoyo durante la entrevista? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra calidez? (ejemplo: “Debe ser duro para usted...”)</li> <li>• Brinda apoyo emocional?(ejemplo “Veamos qué podemos hacer”)</li> <li>• Transmite la sensación de que esto realmente le importa?</li> <li>• Transmite la sensación personal de fortaleza y de estar disponible para ayudar a su paciente ?</li> </ul>	Siempre 5	4	3	2	No del todo 1
<b>18. ¿Utiliza un lenguaje corporal apropiado durante la entrevista? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene un nivel adecuado de contacto visual?</li> <li>• Actúa interesado y atento a las necesidades de su paciente?</li> <li>• Se muestra de una manera profesional competente y empática?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No del Todo 1
<b>19. ¿Evita mostrarse inexperto durante la entrevista ?Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduce temas difíciles con cuidado?</li> <li>• Se ocupa de las cuestiones dolorosas sensitivamente?</li> <li>• Muestra flexibilidad y sensibilidad a las necesidades de su paciente ?</li> <li>• Evita la incongruencia.</li> <li>• Evita el uso de frases que sean inapropiadas?( ejemplo: cáncer , muerte, enfermedad terminal)</li> </ul>	Nunca 5	4	3	2	A menudo 1
<b>20.¿Adapta el ritmo de la entrevista para adecuarse a su paciente? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deja que su paciente hable sin interrupción?</li> <li>• Ofrece información adecuada cuando se le solicita?</li> <li>• Usa pausas cuando es apropiado para dar tiempo a su paciente para pensar y responder?</li> <li>• Comprueba que su paciente había terminado con un tema antes de pasar a otro?</li> </ul>	Definitivamente 5	4	3	2	No del todo 1
<b>21. ¿Administra bien el tiempo disponible? Usted:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla de la oportunidad de nuevas entrevistas para su paciente?</li> <li>• Cubre los temas importantes en esta sesión?</li> <li>• Elabora un plan para acciones futuras ?</li> <li>• Lleva la entrevista a una conclusión?</li> </ul>	Muy bien 5	4	3	2	Mal 1

22. Usted tiene que dar un ***diagnóstico de cáncer de mama*** a una paciente de 27 años, soltera, secretaria, APF: Madre Ca de Mama. Ella no tiene hijos, vive con su padre y una hermana, además se dedica a jugar basket. De la lista de preguntas que la paciente hace, ***marque con una X las preguntas*** que usted considera que deben clarificarse y no omitir cuando comunica una mala noticia.

1 . ¿Es el diagnóstico correcto?	
2 . ¿Se ha diseminado la enfermedad?	
3 . ¿Cómo afectará el tratamiento mi pronóstico?	
4 . ¿Cuáles serán los efectos secundarios del tratamiento?	
5 . ¿Podré seguir trabajando durante el tratamiento?	
6 . ¿Podré seguir con mis pasatiempos?	
7 . ¿Tendrá mi hermana esta enfermedad también?	
8 . ¿Esta enfermedad me detendrá para conseguir pareja?	
9 . ¿Voy a quedar estéril?	
10 . ¿Cómo afectará a mi padre darle estas noticias?	

**SECCION D:** Las características del ***escenario*** con el que contamos son muy importantes en el momento de dar malas noticias a **un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado**. ***Marque con una X*** de acuerdo a su experiencia personal.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. El tiempo del que usted dispone en su práctica clínica es suficiente para dar una mala noticia a un paciente.					
2. Los espacios físicos de la institución en la que usted trabaja y que usted dispone en su práctica clínica son adecuados para dar una mala noticia a un paciente.					
	0 veces	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	>7 veces
3. Usted se encuentra dando una mala noticia a un paciente este momento. En la práctica cotidiana indique un promedio de cuantas veces usted es interrumpido.					

4. Cuando informa la mala noticia a su paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado ¿Dónde lo hace? (Solo puede dar un respuesta)

Busco un local privado y acogedor para informar.	
Informo en el consultorio en el que dispongo	
Informo en un pasillo u otro lugar que no sea en la consulta.	
Informo sentado al lado de la cama cuando el paciente está hospitalizado.	
Informo parado al lado de la cama cuando el paciente está hospitalizado.	

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

Para mayor información contactarse con: Jeimy Arteaga R. celular: 0999716965  
jeimyg13@hotmail.com

**Anexo 2.** Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) (Versión PS)

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

2 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7

Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi comprensión sobre los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.							
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.							
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.							
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.							
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.							
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.							
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.							
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.							
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.							
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma							
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto							

12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.							
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.							
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.							
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.							
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.							
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.							
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.							
19. No disfruto leer sobre temas no médicos o arte.							
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.							

### **Anexo 3. Breaking Bad News Assessment Schedule(B.A.S.)**

When marking please place a circle round the number which reflects the score you wish to give. The points below each question are for guidance only. When the doctor has delivered the diagnosis stop the tape and mark the first two sections before restarting and continuing to mark.

**A. Setting the scene:** this section looks at whether the doctor facilitated an initial rapport before breaking the bad news. This can be done by providing an environment which allows private and comfortable communication, by the doctor introducing him/herself, and by the doctor showing an interest in the patient as an individual.

1. Did the doctor arrange the environment?

very well 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 poorly

The doctor may have

- placed the chairs at an angle which allowed unforced eye contact?
- ensured that the desk was not in-between him/her and the patient?
- ensured that the wastepaper basket was out of the way?
- prepared for the patient becoming upset, for example by placing the tissues so the patient could reach them?
- taken measures to prevent interruptions, for example unplugging the telephone?

2. Did the doctor use an appropriate greeting and introduction?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

The doctor may have

- stood up to greet the patient?
- established the patient's name?
- introduced him/herself using his/her own name?
- given a brief description of his/her occupation?
- shown the patient where to sit?

3. Did the doctor show interest in the patient's current state of well-being and personal circumstances at the beginning of the interview?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

The doctor may have

- used open questions?
- established recent events for the patient?
- established the patient's physical state?
- asked how the patient felt emotionally?
- enquired into the patients social circumstances?
- given the patient time to finish their statements?

**B. Breaking the news:** this section specifically focuses on whether the doctor was sensitive to this patient's perspective when he/she delivered the news (the establishment of rapport is scored in the above section). The amount of information to give each individual patient may vary depending on what the patient already knows.

Individual patients may vary in the amount of information they wish to receive during this interview, and in the rate at which they assimilate the news.

4. Before breaking the news did the doctor check what this patient knew already?

carefully 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- ask the patient what he/she believed was the nature of their problem?
- enquire into what the patient thought the purpose of this meeting was?
- check if the patient had thoughts about the possible outcomes from this consultation?
- ensure that he/she understood the patient's perspective at this stage of the interview?

5. Before breaking the news did the doctor introduce it with sensitivity?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- gently alert the patient to the fact that what followed was going to be important, before using any specific terms?
- take the lead from the patient as to whether to speak or listen after introducing the news?

6. When delivering the news did the doctor allow the patient to decide the detail and language used?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- begin by using non-specific lay terminology?
- respond to the patients cues, or ask the patient if he or she wanted more detail, before becoming more specific?
- check that the patient was satisfied with his/her own understanding of the terms used?

7. Did the doctor allow the patient to set the pace for the delivery of the news?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- deliver appropriate information when it was asked for?
- give the news at a rate which gave the patient time to think and respond?
- check that the patient had understood and assimilated what had been said before giving more information?

8. Did the doctor use an appropriate pause after giving the news?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- allow the news about the diagnosis and its implications to sink in?
- give the patient time to respond?
- appropriately break the silence if the pause was too long?

**C. Eliciting concerns:** this section focuses on whether the doctor actively attempted to gain a clear idea of the personal implications and meaning of the news to this patient, and the concerns that it generated.

9. Did the doctor specifically invite questions?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

The doctor may need to invite questions repeatedly.

10. Did the doctor explicitly attempt to obtain a complete list of the patient's concerns?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor explore

- the patient's feelings and emotions about the news just given?
- the patient's concerns about treatment?
- the patient's concerns about prognosis?
- the concerns arising from family and relationship issues?
- the patient's concerns about the effect on their social setting, for example their employment?

11. Did the doctor explicitly check which areas were most important to the patient?

Carefully 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- ask the patient which issues were important to talk about during this meeting?
- ask in which order the patient wanted to talk about these issues?

**D. Information giving:** this section looks at aspects other than giving the news itself.

12. Did the doctor give information tailored to the patient's expressed concerns?

Entirely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- give information in a manner which related to the patient's expressed concerns?
- answer the patient's questions?

13. Did the doctor clearly explain any information given so that the patient understood?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- give information in an ordered and logical manner?
- use terms appropriate to this patient using plain English and avoiding jargon?
- check that the patient understood, and offer clarification?
- summarize points for the patient?

14. Did the doctor manage to focus on any positive aspects?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- frame treatment options in a positive way?
- achieve a good balance between explaining benefits and side-effects?
- manage to give correct information about the prognosis without extinguishing hope?

15. Was the content of the interview factually accurate?

Always 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 frequently inaccurate

- If all the information given was factually correct this should gain full marks.
- If the doctor admitted to uncertainty or lack of knowledge this should still allow full marks.

- Marks should be deducted for incorrect statements, undue optimism, premature reassurance, or unjustified negativity.

**E. General considerations:** the following points relate to the interview as a whole.

16. How many of the patient's concerns from the attached list\* were aired?

All ten 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 none at all

- 1 to 3 concerns from the attached list = 1 mark
- 4 or 5 = 2 marks
- 6 or 7 = 3 marks
- 8 or 9 = 4 marks
- all 10 = 5 marks

17. How many of the key areas of the patient's concerns were touched upon?

All of them 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 none at all

Each of the following five key areas should be touched upon to obtain full marks

- treatment
- prognosis
- feelings and emotions
- family and relationship issues
- effect on social circumstances

\*See Appendix 2 for a sample list

18. Were the psychosocial issues which the patient flagged up during the interview explored?

Fully 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- acknowledge: the patient's feelings and emotions; and the effects on family and relationships, and social circumstances?
- allow the patient to talk about these issues?
- ask questions about them?
- enter into a dialogue?

19. Did the doctor manage to appear supportive during the interview?

Always 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- show warmth?
- show emotional supportiveness?
- convey a sense that this really mattered to the doctor?
- convey a personal sense of strength and resourcefulness that was available to help the patient?

20. Did the doctor use appropriate body language during the interview?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did the doctor

- maintain an appropriate level of eye contact?
- look interested and alert to the patients needs?
- show a competent and caring professional manner?

21. Did the doctor avoid appearing clumsy during the interview?

Never clumsy 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 often clumsy

Did the doctor

- introduce difficult topics gently?
- deal with painful issues sensitively?
- show flexibility and sensitivity to the patient's needs?
- avoid non sequitur?
- avoid using phrases that were inappropriate?

22. Did the doctor tailor the pace of the interview to suit the patient?

Definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all. Did the doctor

- let the patient speak without interruption?
- respond to the patient's cues regarding timing and delivery?
- deliver appropriate information when it was asked for?
- use pauses where appropriate to give the patient time to think and respond?

- check that the patient had finished with a topic before moving on to another?

23. Did the doctor manage the time available?

Very well 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 poorly

Did the doctor

- sensitively make the patient aware of how much time was available for discussion?
- mention the opportunity of further interviews to the patient?
- cover the important issues in this session?
- make a plan for future action?
- bring the interview to a conclusion?

## APPENDIX

Sample concerns list for breast cancer patient

1. Is the diagnosis certain
2. Has the disease spread
3. How will treatment affect my prognosis
4. What will be the side-effects of treatment
5. Will I still be able to work during treatment
6. Will I still be able to do my hobbies
7. Will my sister get this too
8. Will this stop me finding a partner
9. Will I become infertile
10. How will telling my father affect him

## **Anexo 4. Revised B.A.S. for Self-Assessment**

When marking please place a circle around the number which reflects the score you wish to assign yourself based on your performance on each stated item. Statements below each question reflect desirable behaviors that would result in higher scores for the applicable question.

**A. Setting the scene:** this section looks at whether you facilitated an initial rapport before breaking the bad news. This can be done by providing an environment which allows private and comfortable communication, by you introducing yourself, and by you showing an interest in the patient parents as individuals.

1. Did you use an appropriate greeting and introduction?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

You may have

- stood up to greet the patient's parents?
- established the patient's parents name?
- introduced yourself using your own name?
- given a brief description of your occupation?

2. Did you show interest in the patient's parents' current state of well-being and personal circumstances at the beginning of the interview?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

You may have

- used open questions?
- established recent events for the patient's parents?
- established their physical state?
- asked how they felt emotionally?
- inquired into their social circumstances?
- given them time to finish their statements?

**B. Breaking the news:** this section specifically focuses on whether you were sensitive to the patient's parents' perspective when you delivered the news.

Individual patients may vary in the amount of information they wish to receive during this interview, and in the rate at which they assimilate the news.

3. Before breaking the news did you check what they knew already?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- ask the patient's parents what they believed was the nature of the problem?
- inquire into what they thought the purpose of this meeting was?
- check if they had thoughts about the possible outcomes from this consultation?
- ensure that they understood their perspective at this stage of the interview?

4. Before breaking the news did you introduce it with sensitivity?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- gently alert the patient's parents to the fact that what followed was going to be important, before using any specific terms?
- take the lead from the patient's parents as to whether to speak or listen after introducing the news?

5. When delivering the news did you allow you to decide the detail and language used?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- begin by using non-specific lay terminology?
- respond to the patient's parents' cues, or ask them if they wanted more detail, before becoming more specific?
- check that they were satisfied with their own understanding of the terms used?

6. Did you allow the patient's parents to set the pace for the delivery of the news?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- deliver appropriate information when it was asked for?
- give the news at a rate which gave the patient's parents time to think and respond?
- check that the patient's parents had understood and assimilated what had been said before giving more information?

7. Did you use an appropriate pause after giving the news?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- allow the news about the diagnosis and its implications to sink in?
- give the patient's parents time to respond?
- appropriately break the silence if the pause was too long?

**C. Eliciting concerns:** this section focuses on whether you actively attempted to gain a clear idea of the personal implications and meaning of the news to you, and the concerns that it generated.

8. Did you specifically invite questions?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

You may have needed to invite questions repeatedly.

9. Did you explicitly attempt to obtain a complete list the patient's parents' concerns?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you explore

- The patient's parents' feelings and emotions about the news just given?

- The patient's parents' concerns about treatment?
- The patient's parents' concerns about prognosis?
- The concerns arising from family and relationship issues?
- The patient's parents' concerns about the effect on their social setting, for example their employment?

**D. Information giving:** this section looks at aspects other than giving the news itself.

10. Did you give information tailored to the patient's parents' expressed concerns?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- give information in a manner which related to the patient's parents' expressed concerns?
- answer the patient's parents' questions?

11. Did you clearly explain any information given so that the patient's parents understood?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- give information in an ordered and logical manner?
- use terms appropriate to the patient's parents using plain English and avoiding jargon?
- check that the patient's parents understood and offer clarification?
- summarize points for the patient's parents?

12. Did you manage to focus on any positive aspects?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- frame treatment options in a positive way?
- achieve a good balance between explaining benefits and side-effects?
- manage to give correct information about the prognosis without extinguishing hope?

**E. General Information:** the following points relate to the interview as a whole.

13. Were the psychosocial issues which the patient's parents flagged up during the interview explored?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- acknowledge: the patient's parents' feelings and emotions; and the effects on family and relationships, and social circumstances?
- allow the patient's parents to talk about these issues?
- enter into a dialogue?

14. Did you manage to appear supportive during the interview?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- show warmth?
- show emotional supportiveness?
- convey a sense that this really mattered to you?
- convey a personal sense of strength and resourcefulness that was available to help the patient's parents?

15. Did you use appropriate body language during the interview?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all

Did you

- maintain an appropriate level of eye contact?
- look interested and alert to the patient's parents' needs?
- show a competent and caring professional manner?

16. Did you avoid appearing clumsy during the interview?

never clumsy 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 often clumsy

Did you

- introduce difficult topics gently?
- deal with painful issues sensitively?
- show flexibility and sensitivity to the patient's parents' needs?
- avoid non sequitur?
- avoid using phrases that were inappropriate?

17. Did you tailor the pace of the interview to suit the patient's parents?

definitely 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 not at all.

Did you

- let the patient's parents speak without interruption?
- respond to their cues regarding timing and delivery?
- deliver appropriate information when it was asked for?
- use pauses where appropriate to give them time to think and respond?
- check that they had finished with a topic before moving on to another?

18. Did you manage the time available?

very well 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 poorly

Did you

- cover the important issues in this session?
- make a plan for future action?
- bring the interview to a con

**Anexo 5. Traducción y certificación del Breaking Bad News Assessment Schedule  
(B.A.S.)**



**(BAS) Programa Estructurado para Evaluar las habilidades en la comunicación de malas noticias**

Cuando marque por favor coloque un círculo alrededor del número que refleja la calificación que desea dar. Los puntos debajo de cada pregunta son sólo para orientación. Cuando el médico haya entregado el diagnóstico detener la cinta y marcar las dos primeras secciones antes de volver a arrancar y continuar con la marcación.

**A. Puesta en escena:** en esta sección se examina si el médico facilitó una comunicación inicial antes de *dar a conocer las malas noticias*. Esto puede hacerse mediante la creación de un entorno que permita una comunicación privada y cómoda, a través de la presentación del médico al paciente o cuando el médico muestra interés en el paciente como individuo.

1. ¿Creó el doctor el entorno apropiado?

Muy bien 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 mal

¿El médico puede haber (se)

- colocado las sillas en un ángulo que permitió un contacto visual no forzado?
- asegurado de que el escritorio no estaba ubicado entre él y el paciente?
- asegurado de que el tacho de basura estaba fuera del camino?
- preparado para una situación en la que el paciente empezara a alterarse, por ejemplo mediante la colocación de pañuelos de manera que el paciente los pudiera alcanzar?
- tomado medidas para prevenir interrupciones, por ejemplo desconectando el teléfono?

2. ¿Utilizó el médico un saludo y presentación apropiada?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico puede haber (se)

- puesto de pie para saludar al paciente?
- mencionado el nombre del paciente al saludar?
- presentado utilizando su propio nombre?
- dado una breve descripción de su actividad profesional?
- mostrado al paciente dónde sentarse?

3. ¿Mostró el médico interés en el estado de bienestar actual del paciente y las circunstancias personales al comienzo de la entrevista?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico puede haber

- utilizado preguntas abiertas?



- establecido los eventos recientes para el paciente ?
- establecido el estado físico del paciente?
- preguntado cómo el paciente se sentía emocionalmente?
- consultado sobre las circunstancias sociales del paciente?
- dado tiempo al paciente para terminar sus pensamientos?

**B. Comunicando las noticias:** esta sección se centra específicamente en si el médico fue sensible a las perspectivas del paciente cuando él/ella le dio las noticias (el establecimiento de una buena comunicación se calificó en la sección anterior). La cantidad de información para dar a cada paciente en forma individual puede variar dependiendo de lo que el paciente ya sabe.

Los pacientes individuales pueden variar con respecto a la cantidad de información que desean recibir durante esta entrevista, y a la velocidad en que los pacientes asimilan las noticias.

4. ¿Antes de dar las malas noticias, verificó el médico lo que este paciente ya sabía?

Cuidadosamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- preguntó al paciente lo que él / ella creía era la naturaleza de su problema?
- investigó lo que el paciente creía era el objetivo de esta reunión?
- verificó si el paciente tenía ideas sobre los posibles resultados de esta consulta?
- se aseguró de que él/ella entendía la perspectiva del paciente en esta etapa de la entrevista?

5. ¿ El médico fue cuidadoso al presentar las malas noticias?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico

- alertó cuidadosamente al paciente el hecho de que lo que seguía iba a ser importante, antes de usar cualquiera de los términos específicos?
- tomó la iniciativa por parte del paciente en cuanto a si puede hablar o escuchar después de comunicar las noticias?

6. ¿Al comunicar las noticias permitió el médico que el paciente pueda decidir sobre el detalle y el idioma usado?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico

- comenzó usando una terminología clara no específica?
- respondió a las señales del paciente, o preguntó al paciente si él o ella querían más detalles,



antes de ser más específico?

- Comprobó que el paciente estuviera satisfecho con su propia comprensión de los términos utilizados?

7. ¿El médico permitió que el paciente marcara el ritmo de la entrega de las noticias?  
Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico

- facilitó una información adecuada cuando se le preguntó?
- dio las noticias a un ritmo en que el paciente tuvo tiempo para pensar y responder?
- comprobó que el paciente hubiera comprendido y asimilado lo que se había dicho antes de dar más información?

8. ¿Utilizó el médico una pausa adecuada después de dar las noticias?  
Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico

- permitió que las noticias sobre el diagnóstico y sus implicaciones llegaran al paciente?
- dio tiempo al paciente para responder?
- rompió el silencio adecuadamente si la pausa era demasiado larga?

**C. Provocando inquietudes:** Esta sección se centra en si el médico trató activamente de obtener del paciente una idea clara de las implicaciones personales y el significado de las noticias, y las preocupaciones que éstas le generaban.

9. ¿Invitó el médico a hacer preguntas específicamente?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

El médico puede tener que invitar al paciente a hacer preguntas en varias ocasiones.

10. ¿El médico intentó explícitamente obtener una lista completa de las preocupaciones del paciente?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿Exploró el médico

- los sentimientos y emociones del paciente sobre las noticias que acabó de dar?
- las preocupaciones del paciente sobre el tratamiento?
- las preocupaciones del paciente sobre el pronóstico?
- las preocupaciones derivadas de cuestiones familiares y sus relaciones?
- las preocupaciones del paciente sobre los efectos en su entorno social, por ejemplo, su empleo?



11. ¿Chequeó el médico explícitamente qué áreas eran más importantes para el paciente?

Cuidadosamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no en absoluto

¿El médico

- preguntó al paciente cuáles eran los temas más importantes para hablar en esta reunión ?
- preguntó en qué orden el paciente quería hablar de estos temas?

**D. Dando información:** esta sección trata de otros aspectos además de las noticias mismas.

12. ¿El médico dio la información a la medida de las preocupaciones expresadas por el paciente?

Completamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- dio la información de manera que se refería a las preocupaciones expresadas por el paciente?
- respondió a las preguntas del paciente ?

13. ¿Explicó el médico claramente cualquier información dada de manera que el paciente entienda?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- dio la información de manera ordenada y lógica?
- utilizó los términos apropiados para este paciente utilizando un idioma simple y evitando la jerga?
- comprobó que el paciente haya entendido, y ofreció una aclaración?
- resumió los puntos para el paciente ?

14. ¿El médico logró centrarse en los aspectos positivos?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- enmarcó las opciones de tratamiento de una manera positiva?
- logró un buen equilibrio entre la explicación de los beneficios y los efectos secundarios?
- logró dar la información correcta sobre el pronóstico sin extinguir la esperanza?

15 . ¿Fue el contenido de la entrevista objetivamente exacto?

Siempre 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 frecuentemente inexacta

- Si toda la información dada era exacta se debe dar la máxima puntuación.
- Si el médico admitió incertidumbre o falta de conocimiento, todavía se debe dar la máxima puntuación.
- Las calificaciones bajas deben darse por afirmaciones incorrectas, optimismo excesivo, tranquilidad prematura , o negatividad injustificada.



**E. Consideraciones generales:** los siguientes puntos se refieren a la entrevista en su totalidad.

16. ¿Cuántas de las preocupaciones del paciente de la lista adjunta \* se emitieron?

Todas las diez 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 ninguna

- 1-3 preocupaciones de la lista adjunta = 1 punto
- 4 ó 5 = 2 puntos
- 6 ó 7 = 3 marcas
- 8 ó 9 = 4 puntos
- todas las 10 = 5 puntos

17. ¿Cuántas de las áreas clave de las preocupaciones del paciente se abordaron?

Todas 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 ninguna

Cada una de las siguientes cinco áreas clave deben ser abordadas para obtener la máxima puntuación

- Tratamiento
- Pronóstico
- Sentimientos y emociones
- Cuestiones familiares y relaciones
- Efecto de las circunstancias sociales

\* Véase el Apéndice 2 para un ejemplo de lista

18. ¿Fueron los aspectos psicosociales del paciente tratados durante la entrevista?

Totalmente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- reconoció: los sentimientos y las emociones del paciente; los efectos en la familia y las relaciones; y las circunstancias sociales?
- permitió al paciente hablar de estos temas?
- hizo preguntas acerca de ellos?
- entabló un diálogo?

19. ¿Brindó el médico apoyo durante la entrevista?

Siempre 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- se mostró cálido?
- brindó apoyo emocional?
- transmitió una sensación de que esta situación realmente le importaba?
- transmitió un sentido personal de recurso y fortaleza que estaba disponible para ayudar al paciente?



20. ¿Utilizó el médico un lenguaje corporal apropiado durante la entrevista?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- mantuvo un nivel adecuado de contacto visual?
- pareció interesado y atento a las necesidades de los pacientes?
- mostró una manera profesional competente y cuidadosa?

21. ¿El doctor evitó parecer torpe durante la entrevista?

Nunca torpe 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 a menudo torpe

¿El médico

- introdujo temas difíciles con cuidado?
- se ocupó de las cuestiones dolorosas sensitivamente?
- mostró flexibilidad y sensibilidad a las necesidades del paciente ?
- evitó la incongruencia?
- evitó el uso de frases que eran inapropiadas?

22. ¿El médico adaptó el ritmo de la entrevista para adaptarse al paciente?

Definitivamente 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 no del todo

¿El médico

- dejó que el paciente hable sin interrupción?
- respondió a las señales del paciente en relación con el tiempo y la entrega ?
- ofreció información adecuada cuando se le preguntó?
- usó pausas cuando fue apropiado para dar tiempo al paciente para pensar y responder ?
- comprobó que el paciente había terminado con un tema antes de pasar a otro?

23. ¿El médico administró bien el tiempo disponible?

Muy bien 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 mal

¿El médico

- trató con cuidado de que el paciente sea consciente de la cantidad de tiempo que estaba disponible para la discusión ?
- habló de la oportunidad de nuevas entrevistas para el paciente?
- cubrió los temas importantes en esta sesión?
- hizo un plan para la acción futura?
- llevó la entrevista a una conclusión?



## APÉNDICE 2

Ejemplo de una Lista de Preocupaciones para el paciente con cáncer de mama

1. ¿Es el diagnóstico correcto?
2. ¿Se ha diseminado la enfermedad?
3. ¿Cómo afectará el tratamiento mi pronóstico?
4. ¿Cuáles serán los efectos secundarios del tratamiento?
5. ¿Podré seguir trabajando durante el tratamiento?
6. ¿Podré seguir con mis pasatiempos?
7. ¿Tendrá Mi hermana esta enfermedad también?
8. ¿Esta enfermedad me detendrá para conseguir una pareja?
9. ¿Voy a quedar estéril?
10. ¿Cómo afectará a mi padre darle estas noticias?

Mtr. Azucena Naranjo, cédula de ciudadanía no. 170862080-0, certifica que el presente documento es fiel traducción del original en inglés al español.



## Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura  
DECANATO

E-MAIL: fcll.pucce.edu.ec  
Av. 12 de Octubre 1076 y Roca  
Apartado postal 17-01-2184  
Fax: 593 - 2 - 2991595  
Telf: 593 - 2 - 2991591  
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN, LINGÜÍSTICA Y LITERATURA


Certifico que esta es una fiel traducción del  
original en **INGLÉS** al **ESPAÑOL**

Quito, 16 de mayo del 2014

  
DECANA DE LA FACULTAD DE COMUNICACIÓN,  
LINGÜÍSTICA Y LITERATURA



**CERTIFICO**, en mi calidad de Secretario General de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que la firma que antecede es auténtica y corresponde a la **Dra. Lucía Lemos Sylva**, **Decana** de la Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura de esta Universidad.- Quito, 16 de mayo del 2014.

  
Dr. Santiago Jaramillo Herdoiza,  
**SECRETARIO GENERAL**  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



**Anexo 6.** Escala del Escenario del Proceso de Comunicación de Malas Noticias.

<b>PARÁMETRO</b>						<b>Total</b>
<b>Disponibilidad física</b>	Nunca 1	Muy pocas veces 2	Alguna veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5	5
<b>Disponibilidad de tiempo</b>	Nunca 1	Muy pocas veces 2	Alguna veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5	5
<b>Interrupciones</b>	0 5pt	1-2 4pt	3-4 3pt	5-6 2pt	>7 1pt	5
<b>Privacidad</b>	Pasillo u otro lugar que no sea la consulta  1pt	Parado a lado de la cama cuando el paciente esta hospitalizado  2pt	En el consultorio en el que dispongo  3pt	Sentado a lado de la cama cuando el paciente esta hospitalizado  4pt	Local privado y acogedor  5pt	5

**≥ 15 ADECUADO , <14 INADECUADO**

**Anexo 7.** Carta de presentación para participantes de la investigación.

Quito , 21 de Mayo del 2014

Señores/as Residentes

Presente.-

Reciba un cordial saludo, la intención de la presente carta de presentación, es proporcionar conocimiento a los participantes de esta investigación de la naturaleza de la misma, además de su roll en ella como participantes.

La presente investigación es realizada como tesis de grado de Jeimy Gissella Arteaga Rosero egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Investigación que se titula:

**“Factores facilitadores y obstaculizadores del médico en el proceso de comunicar malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. Hospital SOLCA, Núcleo Quito, Mayo-Junio 2014”**

Su participación en este estudio es muy importante, además le indico que es totalmente voluntaria y la información recolectada será confidencial. En este estudio los nombres y otra información de identificación solamente serán recolectadas en los formatos de consentimientos informados. Únicamente la investigadora relacionada con el estudio tendrá acceso a los instrumentos, formatos y datos. Toda la información será utilizada únicamente para los propósitos de esta investigación.

Al ser parte de esta investigación usted debe responder a la siguiente encuesta.

En caso de haber dudas sobre esta investigación, usted puede realizar preguntas pertinentes en cualquier momento. Además el participante puede retirarse del proyecto en cualquier instante sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Anticipo mi agradecimiento por su participación.

Atentamente

Jeimy Arteaga, Egresada de Medicina de la PUCE

## **Anexo 8. Consentimiento Informado**

Fecha:

Yo:

CI:

He recibido suficiente información en relación a la investigación.

He hablado con la Srta. Jeimy Gissella Arteaga Rosero /Investigadora.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio: Cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones, sin que aquello me afecte como médico residente.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente acerca de la confidencialidad con los datos personales que se contienen en este consentimiento, la encuesta o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los términos y acepto expresamente. Y, por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN: “Factores facilitadores y obstaculizadores del médico en el proceso de comunicar malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado. Hospital SOLCA, Núcleo Quito, Mayo-Junio 2014”**

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del Médico Residente Participante: