



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÓMO DAR MALAS NOTICIAS EN LOS MÉDICOS
RESIDENTES ADSCRITOS A LA DELEGACIÓN QUERÉTARO DEL IMSS"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Médico General Luis Enrique Rangel Ciprés

Dirigido por:
Dr. Jorge Francisco Oseguera Rodríguez

SINODALES

Dr. Jorge Francisco Oseguera Rodríguez
Presidente

Dr. Miguel Francisco Javier Lloret Rivas
Secretario

M.I.M.E.M Lilia Susana Gallardo Vidal
Vocal

M. en C. E. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Suplente

M. en C. E. Nuri Guadalupe Villaseñor Juspinera
Suplente

Méd. Esp. Javier Ávila Morales
Director de la Facultad de Medicina

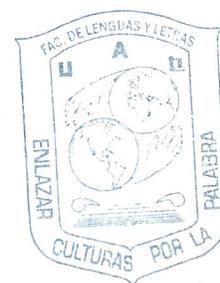
Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2014
México.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes de la delegación Querétaro del IMSS. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal en médicos residentes de diferentes grados de las especialidades troncales y terminales. Se aplicó un cuestionario basado en el protocolo de actuación de Baile y Buckman para informar malas noticias, de 28 ítems con un puntaje total de 110, validado por expertos. Análisis estadístico descriptivo e inferencial con la prueba Anova para muestras independientes con nivel de confianza del 95%. **Resultados:** De 93 cuestionarios, la edad promedio de los respondientes fue de 30.57 ± 3.7 años, predominio del género femenino (61.3%) y de la especialidad de medicina familiar en el 53.8%. El 91.4% tenía un concepto de mala noticia diferente de la definición aceptada, el 63.4% nunca recibió preparación para comunicar malas noticias, 54.8% desconoció alguna estrategia para esta acción. El 75.3% se percibe con nivel de conocimiento suficiente y excelente, destaca el puntaje de 83.9 de medicina familiar, y el 24.7% deficiente y mejorable. Hubo significancia estadística entre residentes de medicina familiar y no familiar ($p < 0.000$). **Conclusiones:** Se determinó el nivel de conocimiento observándose que en el 24.7% se puede mejorar, por lo que es importante establecer estrategias educativas para este fin.

Palabras clave: (Nivel de conocimiento, malas noticias, médicos residentes).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge concerning how to give bad news among resident physicians of the Queretaro IMSS (Mexican Social Security Institute). **Material and methods:** Descriptive and cross-sectional study of resident physicians at different levels of their specializations to be concluded in Queretaro or in another city. A questionnaire based on Baile and Buckman's action steps for giving bad news was used consisting of 28 items with a total of 110 points, validated by experts. Statistical, descriptive and inferential analysis with the Anova test for independent samplings with a confidence level of 95%. **Results:** Of 93 questionnaires, the average age of those answering was 30.57 ± 3.7 , predominantly female (61.3%) and with a specialization in family medicine, 53.8%. 91.4% had a concept of bad news that was different from the accepted definition; 63.4% had never received training in how to communicate bad news and 54.8% were unaware of any strategies for this action. 75.3% were perceived as having a sufficient or excellent level of knowledge. In family medicine the points were 83.9, with 24.7% being deficient and improvable. There was statistical significance between family medicine and non-family medicine residents ($p < 0.000$). **Conclusions:** The level of knowledge was determined with the observation that 24.7% could improve. For this reason it is important to establish educational strategies for this purpose.

(**Key words:** Level of knowledge, bad news, resident physicians)



DEDICATORIAS

A Dios, por prestarme los días.

A mi madre y abuela, por enseñarme a darles sentido.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jorge Francisco Oseguera Rodríguez, por su amable paciencia y el amor a su arte.

A la Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez, a la Dra. Leticia Blanco Castillo y a la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, porque nunca dejaron de creer en mí.

Al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco y a la Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal, porque con su ejemplo me dieron una imborrable enseñanza de humanismo.

A mi padre, por no permitirme caer en momentos de desesperanza.

A Perla, por compartir el camino.

Al IMSS, porque sin él, nada de esto sería posible.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de gráficas	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
I.2 HIPÓTESIS GENERAL	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
II.1 Conceptos básicos de la comunicación	4
II.1.1 Definiendo una mala noticia	4
II.1.2 Barreras en el proceso de la comunicación médico-paciente de una mala noticia	5
II.2 Factores a tener en cuenta al comunicar una mala noticia	7
II.3 Habilidades y estrategias para la comunicación de malas noticias	9
II.4 Informar de situaciones inesperadas	14
III. METODOLOGÍA	
III.1 Diseño de la investigación	15
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	15
III.3 Procedimiento o estrategia	18
III.4 Consideraciones éticas	18

III.5 Análisis estadístico	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES	52
VII. PROPUESTAS	53
VIII. LITERATURA CITADA	54
IX. ANEXOS	58
ANEXO 1. Consentimiento informado	58
ANEXO 2. Instrumento de recolección	59
ANEXO 3. Respuestas a la pregunta número 1	62
ANEXO 4. Respuestas a la pregunta número 3	69

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Distribución por especialidad de los residentes participantes en el estudio.	24
IV.2	Distribución por universidad de procedencia de los residentes participantes en el estudio.	25
IV.3	Distribución de la percepción sobre la experiencia que tienen dando malas noticias los residentes participantes en el estudio.	26
IV.4	Distribución de la frecuencia con la que comunican una mala noticia los residentes participantes en el estudio.	27
IV.5	Distribución de la percepción sobre la frecuencia con la que consideran que comunican correctamente malas noticias los residentes participantes en el estudio.	28
IV.6	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y total del protocolo de actuación de Baile y Buckman, de los residentes participantes en el estudio.	29
IV.7	Distribución por etapas de la calificación media obtenida en el instrumento por los residentes participantes.	30
IV.8	Distribución de las medias de la calificación total obtenida en el instrumento por los residentes participantes.	31
IV.9	Comparativa entre los residentes de medicina familiar y hospitalarios en el nivel de conocimiento por etapas y en total.	32
IV.10	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total de los residentes de medicina familiar participantes en el estudio.	33

IV.11	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de urgencias médico quirúrgicas.	34
IV.12	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de geriatría participantes en el estudio.	35
IV.13	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de ginecología y obstetricia participantes en el estudio.	36
IV.14	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de cirugía general participantes en el estudio.	37
IV.15	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de cirugía general participantes en el estudio.	38
IV.16	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de medicina interna participantes en el estudio.	39
IV.17	Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de anestesiología participantes en el estudio.	40

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica		Página
IV.A	Distribución por especialidad expresada en porcentaje de los residentes participantes en el estudio.	41
IV.B	Distribución de las medias del puntaje por etapas obtenido en el instrumento por los residentes participantes.	42
IV.C	Distribución de las medias del puntaje total obtenido en el instrumento por los residentes participantes.	43
IV.D	Distribución del nivel de conocimiento expresado en porcentaje de los residentes participantes.	44
IV.E	Comparativa de las medias del puntaje por etapas y total entre los residentes de medicina familiar y no familiar.	45

I. INTRODUCCIÓN

El informar malas noticias siempre ha sido una actividad ligada a la relación médico-paciente desde la antigüedad. Una mala noticia puede adquirir formas tan variadas como informar de un padecimiento crónico o sobre una enfermedad aguda o terminal. Por lo que podemos definir una mala noticia como aquella que de un modo drástico y negativo altera la visión del paciente y/o sus familiares sobre su futuro (Ungar, 2002; Dias 2003).

Comunicar una mala noticia es un proceso angustiante para ambas partes, por diferentes razones (Carrillo, 2007), una de ellas es la creencia de que al dar una mala noticia a un paciente se afectará negativamente su evolución, de tal manera que el personal de salud en ocasiones tiene miedo a enfrentar sus procesos interiores y expresar sus reacciones emocionales (miedo, ansiedad, angustia, frustración, etc.) y se enfrenta a la realidad de que posee pocas habilidades sobre cómo comunicar malas noticias, que le hace sentir miedo a la culpa, al fracaso humano, profesional y terapéutico empleado.

Existe evidencia de que el informar malas noticias se convierte en una situación estresante y dificultosa para los médicos de cualquier especialidad (Escribá-Agüir, 2002; Villa López, 2007), existen varios estudios sobre esta temática, por ejemplo Lloyd en 2002 reportó que el 42% de los residentes de medicina interna de Harvard tienen temor a la reacción emocional del paciente, Back en 2003 registró que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan malas noticias 5 a 20 veces al mes, reportando que el 42% presentó dificultad para comunicarlas, 47% considera que su actividad de comunicar malas noticias es inadecuada.

Desde hace algunos años se ha considerado que las habilidades de comunicación y específicamente las de comunicar malas noticias se pueden enseñar, por tal motivo Baile y Buckman en el año 2000 publicaron un protocolo de actuación para comunicar malas noticias que consta de siete pasos a seguir con el propósito de guiar con éxito al profesional en su entrevista con el paciente.

En las universidades formadoras de médicos, no es común que se impartan materias en las que se oriente a los futuros profesionales sobre cómo informar malas noticias (Couceiro, 1995; Sánchez-González, 2007; Bellver, 2012), esto podría iniciar el temor o la aversión para comunicarlas; partiendo de esta situación se considera de suma importancia investigar el grado de conocimiento que tienen los médicos residentes de las diferentes especialidades sobre cómo transmitir las y si existen diferencias entre ellos, con el propósito de que se pueda mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud en la delegación de Querétaro.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes de la delegación Querétaro del IMSS.

I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de los médicos residentes, como son: edad, género, universidad de procedencia, especialidad que se cursa y año de residencia.

Conocer si existen diferencias en el nivel de conocimiento del protocolo de actuación de Baile y Buckman (2000) dependiendo de la especialidad y grado que estén cursando.

Conocer si existen diferencias entre los residentes de medicina familiar sobre el nivel de conocimiento del protocolo de actuación de Baile y Buckman (2000), dependiendo del año de residencia.

1.2 HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Es mejorable el nivel de conocimiento de los residentes de las diferentes áreas médicas sobre el protocolo de actuación para informar malas noticias.

Ho: Es excelente el nivel de conocimiento de los residentes de las diferentes áreas médicas sobre el protocolo de actuación para informar malas noticias.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Conceptos básicos de la comunicación

En el sentido más amplio, la comunicación se define cómo: “Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”. Gracias a ella, en las relaciones humanas, somos capaces de transmitir al “otro” la información que queremos darle. En este acto intervienen distintos elementos (Villa Lopez, 2007):

- Emisor: quién da la información, en este caso, el profesional médico.
- Receptor: quién recibe la información, en este caso, paciente, familiar...
- Canal: medio por el que se transmite la información (aire, papel...)
- Mensaje: la información o noticia que se va a comunicar
- Código: Lenguaje que se utiliza (verbal, no verbal).
- Ruido: Cualquier interferencia que, afectando a cualquiera de los demás elementos, produce el fracaso en el acto de comunicación.
- Contexto: Circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje en su justa medida.

Los elementos se relacionan entre sí. Así, el emisor envía un mensaje al receptor, a través de un canal y de los signos de un código, y de acuerdo al contexto en que se sitúa ese acto de comunicación.

II.1.1 Definiendo una mala noticia

Antes de llegar a saber lo que es una mala noticia conviene definir qué es en sí noticia. Al respecto, en la RAE (Real Academia Española) se define como “Contenido de una comunicación antes desconocida”

Sin embargo, definir “mala noticia” es mucho más difícil ya que calificar una información de buena o mala depende de quién reciba la información, es decir, es algo totalmente subjetivo. La mayoría de los autores aceptan la definición de mala noticia como una comunicación antes desconocida que altera las expectativas de futuro de las personas (Ungar, 2002; Dias, 2003).

También es importante definir la palabra “conocimiento”, por su parte la Real Academia de la Lengua española define conocer como “averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas” y conocimiento como la acción y efecto de tal verbo.

II.1.2 Barreras en el proceso de la comunicación médico-paciente de una mala noticia

La gran complejidad de la práctica médica actual, altamente tecnificada, requiere de los profesionales de la salud un esfuerzo por hacer comprender al paciente y/o a sus familiares de una manera clara, sencilla y completa los pormenores del proceso mórbido en cuestión.

Comunicar una mala noticia es un proceso angustiante para ambas partes por las siguientes razones (Carrillo, 2007):

- a) Existe el tabú que el dar una mala noticia a un paciente afectará negativamente su evolución.
- b) Equivocadamente se asevera que un paciente cuando sabe que su estado de salud es crítico colaborará muy poco con el plan terapéutico.
- c) El personal de la salud tiene miedo a enfrentar sus procesos interiores y expresar sus reacciones emocionales (miedo, ansiedad, angustia, frustración, etc.).

d) El personal de salud se enfrenta a la realidad de que posee pocas habilidades sobre cómo comunicar malas noticias.

e) El miedo a la culpa, al fracaso humano y al fracaso técnico, profesional y terapéutico empleado.

f) El ambiente sociocultural del médico, paciente y/o familiares es diferente y puede crear conflicto.

g) Los valores y perspectivas de la enfermedad son disímiles para cada ser humano.

h) El médico pocas veces informa del proceso mórbido de un modo contundente como para que el paciente y sus familiares tengan un conocimiento claro de la enfermedad, tomándose la noticia como una abrupta sorpresa cuando las expectativas de mejora han sido fundadas en los familiares.

i) Existe una amplia gama de “pacientes y/o familiares problema” a los que nos da miedo enfrentar ética, moral y legalmente.

j) No se ha establecido una adecuada relación entre el binomio: médico – paciente, médico – familia. Ante este respecto, podemos señalar que una de las principales barreras de comunicación es la de efectuar una comunicación bidireccional únicamente entre el paciente y su médico, entre su médico y los familiares y entre la familia y su enfermo. De este modo Carrillo Esper y colaboradores (2007) creen que se disipa el objetivo de interactuar entre las 3 partes y cimentar el rol que juega cada uno en el proceso médico – terapéutico, por lo que proponen el concepto de “trinomio: médico - paciente- familia”. Creyendo que de este modo, se disminuye el margen de incongruencia de comunicación entre las partes, se adquiere mayor visión acerca del papel que desempeña cada uno de los integrantes del proceso y se puede lograr una comunicación efectiva y afectiva (Carrillo, 2007).

k) El personal de salud no explora antes de comenzar a hablar, peor aún, no se toma el tiempo necesario para indagar qué sabe el paciente y su familia, qué se está dispuesto a saber sobre su enfermedad y cuál es el estado de ánimo predominante.

l) El temor del personal de salud a provocar dolor ante nuestro tan arraigado "*primum non nocere*" (ante todo, no dañar). Sobre todo en las áreas de terapia intensiva donde la mayoría de las veces no hay capacidad verbal de los pacientes (ya sea por sedación o patología de base) y el único medio de enlace entre éstos y su familia es el médico y demás personal de salud, a quienes se les responsabiliza del éxito o del fracaso de las conductas terapéuticas.

II.2 Factores a tener en cuenta al comunicar una mala noticia

Existen diversos factores que modifican el proceso de la comunicación y que deben ser tomados en cuenta al momento de comunicar una mala noticia.

a) Factores socioculturales:

Actualmente, juventud, salud, riqueza y bienestar son los principios fundamentales de la cultura occidental; aquel que no los reúna se encontrará discriminado por ello, informar a una persona de que padece una enfermedad implica en cierto modo, decirle que está disminuyendo su valor social.

Además, el avance tecnológico de métodos diagnósticos suscita, a menudo, expectativas de curación entre los usuarios y el profesional de la salud se ve en la obligación de explicar y justificar la decisión tomada que, en ocasiones, es puesta en entredicho.

b) Factores del usuario – paciente:

La "mala noticia" depende en muchas ocasiones del impacto que causará en el paciente. Muchos pacientes asumen con total naturalidad su diagnóstico el cual para el profesional de la salud podría resultar muy difícil de sobrellevar.

c) Factores del personal médico:

Constituidos principalmente por los temores que experimentan los profesionales ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una mala noticia puede desencadenar en la relación profesional - paciente:

- Miedo de causar dolor: un documento tan antiguo como el juramento Hipocrático ya refleja la obligación ética de no producir o evitar todo dolor al paciente, esto está tan interiorizado que la idea de poder infligir dolor físico o moral resulta rechazable incluyendo, en determinadas ocasiones, actitudes evasivas respecto a la comunicación de diagnósticos adversos.

- Dolor empático: en nuestra práctica profesional solemos sentirnos incómodos frente al momento de comunicar una mala noticia y no advertimos que nuestra incomodidad es debido al estrés del paciente. Estamos experimentando la contraparte (empatía) de la experiencia del paciente.

- Miedo de ser culpado (culpar al mensajero): en general, las personas encuentran difícil afrontar las malas noticias cuando llegan y tienden a personalizarlas sobre otras personas (usualmente el mensajero) y descargar su ira y enojo con esa persona.

- Miedo a la falla terapéutica: durante los años de carrera los profesionales han sido enseñados para curar por ello la falla terapéutica se vive como un fracaso.

- Miedo legal (judicialización del problema): el aumento de las demandas en los últimos años es inobjetable. La judicialización del problema contribuye a generar en la sociedad el sentimiento de que todo ser humano tiene derecho a ser curado y que cualquier falla se debe a algún error (ya sea humano o del sistema) que debe tener castigo penal y civil.

- Miedo de decir “no sé”: Solemos creer que afirmar el no saber implica desvalorizarnos cuando lo que realmente hace es demostrar nuestra honestidad lo que aumenta la credibilidad.

- Miedo de la propia muerte: es difícil estimar cuál es el grado de miedo que un individuo tiene frente a su propia muerte. De todas maneras, la mayoría de los profesionales de la salud tienen algún grado de temor frente a la enfermedad y a la muerte y esto podría agravarse si el paciente se percibe como un similar al profesional mismo (Villa López, 2007).

II.3 Habilidades y estrategias para la comunicación de malas noticias

Al hablar del cómo informar malas noticias intentaremos que nuestro lenguaje verbal (lo que decimos), el paralenguaje (tono que utilizamos) y el lenguaje no verbal (lo que comunicamos sin palabras) sean coherentes. La información la daremos usando frases cortas y vocabulario lo más neutro posible: no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. Hay que asegurar la bidireccionalidad, es decir, facilitar que el paciente o su familiar pregunten todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y cualidad a las emociones del paciente. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo duro del profesional (Ayarra, 2001).

Habilidades:

1.- Silencio. El silencio es una herramienta de información y de terapia. Puede ser duro responder a una pregunta o afirmación muy directa como: “a veces creo que no me voy a curar”. Un silencio del médico reafirma al paciente en esa reflexión y, en este sentido, creemos que el silencio informa. También es terapéutico el silencio cuando el paciente se conmueve, llora o se irrita. Un silencio empático mirándole a la cara, prestándole nuestra atención, es terapéutico porque sabe que puede contar con nosotros. Además, si no sabemos qué decir en una situación muy emotiva es mejor que callemos.

2.- Escucha activa. La psicoterapia empieza por la escucha (Die Trill, 2000). El paciente conmovido por una enfermedad grave puede querer hablar o no. Debemos escuchar sus palabras y su silencio. Muchas veces el silencio del enfermo da más información que la expresión verbal.

En situaciones muy emotivas los médicos tendemos a interrumpir, ofrecer soluciones e incluso trivializar las expresiones del paciente. Un paciente llora y el médico dice: “no llores que ya se solucionará todo” o “no llores que ya se arreglarán las cosas”. Sería mejor permitir el llanto, facilitar la expresión de la emoción con señalamientos del estilo de: “hoy te veo más triste, ¿quieres contarme algo”. La escucha activa propicia una baja reactividad que significa no interrumpir, esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar, e incluso, si la situación lo requiere mantener silencios ya comentados.

3.- Empatía. Podríamos definir la empatía como la solidaridad emocional: “entiendo que debes estar sufriendo mucho”, y la legitimación de esta emoción: “cualquiera en tu lugar sufriría”. En alguna ocasión podemos oír a los profesionales argumentos del estilo de: “no puedo ponerme en el lugar de todos mis pacientes porque sufriría en exceso y no podría ejercer bien mi profesión”.

Nos parece esta una buena ocasión para aclarar que la empatía y la eficacia, fuera de estar reñidas, se complementan y que una actitud empática hacia los pacientes nos aporta sobre todo satisfacciones profesionales y por tanto disminuyen nuestro sufrimiento. Diferenciamos pues entre empatía y simpatía, la empatía es ponerse en lugar del otro para entenderle y ayudarle, sería como echar una cuerda al que se está ahogando, y la simpatía sería tirarse al agua y ahogarse con él. Creemos que los argumentos de los profesionales, antes mencionados, se corresponden con una actitud simpática más que empática.

4.- Asertividad. Que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones. No basta con saber qué debemos hacer, si queremos ser asertivos el paciente debe percibirnos como profesionales seguros

de nosotros mismos. Incluso en situaciones de incertidumbre debemos transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas.

Estrategias:

La comunicación constituye una de las herramientas primordiales para que el médico informe lo relacionado con su área de competencia, una buena comunicación puede ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo. Por otra parte un control efectivo de los síntomas resulta imposible si no se cuenta con un adecuado entendimiento del estado clínico.

De la misma manera que existen protocolos de actuación para tratar el dolor neuropático o una hiperglucemia, Walter F. Baile y Robert Buckman, oncólogos, elaboraron un protocolo de actuación, escalonado en 6 pasos, con el propósito de guiar con éxito al profesional en su entrevista con el paciente (Baile y Buckman, 2000).

Estas etapas deberían ser recorridas en orden, sin pasar de una a otra si la anterior no acabó. El ritmo a seguir lo determinará el paciente.

Etapa 1: Preparar el entorno

-Revisión exhaustiva tanto de la historia clínica como las pruebas complementarias.

-Encontrar lugar tranquilo, privado que respete la intimidad del “informado” asegurándose de no ser molestado (desconexión de teléfonos).

-Preguntar al paciente si quiere estar acompañado, en caso afirmativo elegirá a dos o tres miembros de la familia asegurándose del tipo de parentesco existente entre enfermo y familiares.

El profesional debe intentar transmitir sensación de calma, de que no tiene prisa, favoreciendo un ambiente de interés y respeto. En algunas ocasiones una broma inocente ayuda a “romper el hielo” y el humor ayuda a rebajar la tensión y alivia la ansiedad.

Etapa 2: ¿Qué sabe el paciente?

Antes de proceder a informar, averiguaremos qué sabe y qué sospecha el informado, podemos utilizar preguntas sencillas cómo ¿qué te han dicho?, ¿qué te preocupa? En algunas ocasiones son incapaces de identificar cuál es el motivo de su preocupación o simplemente no son capaces de expresarlo por el estrés en el que se encuentra, intentaremos poco a poco ir averiguando qué sabe.

En esta etapa podremos evaluar el nivel sociocultural y nos permite valorar el grado de sobrecarga que padece el paciente y/o familiares.

Etapa 3: ¿Qué y cuánto quiere saber?

En esta etapa se tratará de concordar lo que quiere saber el paciente y lo que sabemos acerca de su enfermedad. Hay pacientes que se niegan a ser informados, en este caso se respetará la decisión pero, ofreceremos una nueva posibilidad para hablar del tema; además intentaremos descubrir si quiere que informemos a los familiares sobre lo que está ocurriendo y las posibles complicaciones.

Etapa 4: Información

Una vez detectado lo que sabe y lo que quiere saber, se procederá a dar la información, para ello, utilizaremos lenguaje sencillo y conciso evitando, en lo posible, el uso de terminología médica intentando simplificar al máximo la comprensión del mensaje.

Antes de dar el diagnóstico conviene introducir mediante frase como “Me temo que no se está desarrollando como esperábamos”, ello ayudará al oyente a prepararse para escuchar el veredicto definitivo.

Es una característica de la comunicación la bidireccionalidad y, en esta etapa es fundamental; a medida que se da la información sería conveniente asegurarse de que está siendo entendida, comprendida y asimilada por el oyente puede ser útil solicitar que al final de la entrevista el “informado” explique con sus propias palabras lo que ha escuchado por parte del interlocutor.

Gracias a esta técnica el profesional podrá darse cuenta de lo realmente comprendido y si ha asimilado la gravedad de la situación.

Etapa 5: Apoyo al paciente / familia

Ante un corto pronóstico de vida o un diagnóstico funesto las reacciones son muy diversas. Es importante detectar la reacción que embarga al oyente tras escuchar la información, si queda silencioso se puede intentar preguntar para que hable y nos cuente las emociones que está experimentando ya que, en esta etapa el papel fundamental del personal médico será “facilitar la resolución de los sentimientos de los individuos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno. No lo podemos hacer por ellos, pero podemos asegurarnos que cada miembro tenga la oportunidad de compartir su perspectiva con otros y apoyar a cada uno para tolerar las discrepancias” (Johnston, 1992).

Etapa 6: Plan de cuidados

Llegados a este punto el oyente suele sentirse confuso, abatido y preocupado por la información que acaba de recibir, se intentará demostrar al paciente que estamos de su lado, que vamos a apoyarle durante todo el proceso y es la hora de elaborar un nuevo plan de cuidados basados en las expectativas que se intentarán cumplir: aliviar síntomas y compartir miedos y preocupaciones.

Etapa 7: Autochequeo del profesional

El comunicador analizará los sentimientos y actitudes que ha experimentado durante el encuentro (huída, angustia, ansiedad, miedo...). Esta reflexión ayudará a identificar sentimientos y permitirá mejorar en el desarrollo de la profesión, además, a mantener una buena salud mental del médico necesaria para evitar el síndrome de *burnout* (del quemado).

II.4 Informar de situaciones inesperadas

Cuando se trata de informar a los familiares de un suceso inesperado como una muerte en accidente, una enfermedad grave súbita, etc. es aconsejable utilizar la técnica narrativa, es decir, narrar todo lo sucedido desde el inicio: por ejemplo, el accidente, medidas de reanimación si las hubo, transporte, llegada al hospital, etc.

La narración permite a los familiares ir adaptándose a la nueva realidad. Estas situaciones son cada vez más frecuentes en nuestro medio y generan un gran sufrimiento. Por eso, debemos tener habilidad para informar a los familiares y apoyarles emocionalmente en el primer momento.

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio observacional y transversal en médicos residentes de la delegación Querétaro del IMSS en el periodo octubre-noviembre del 2013.

Para efectos del estudio no se requirió de cálculo de muestra, pues se trató de un censo que incluyó a todos los residentes de la delegación.

Se incluyeron a todos los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro que desearan participar en el estudio. Se excluyeron a los médicos residentes que no estuvieron presentes en el momento de aplicar el instrumento. Se eliminaron los cuestionarios mal requisitados o incompletos.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Las variables a estudiar fueron: edad, sexo, universidad de procedencia, especialidad que se cursa y año de residencia.

Para medir el nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias, se aplicó un instrumento basado en el protocolo de actuación de Baile y Buckman (2000) que se diseñó exprofeso para tal fin. Dicho instrumento fue validado por ronda de expertos en el tema y en metodología de la investigación. Los ítems se seleccionaron al haber concordancia de expertos 4/5 o 5/5.

Una vez validado el instrumento se realizó una prueba piloto con 38 pasantes del servicio social de la carrera de medicina, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.872 en el programa estadístico SPSS V22.

Posteriormente se aplicó a un total de 93 residentes de la delegación Querétaro; en el análisis estadístico se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.947, cabe mencionar que del total de ítems (28), solo se consideraron 22 (del 7 al 28) por ser los que están contruidos en una misma escala.

El instrumento consta de 28 ítems y se dividió en 2 partes, las primeras 6 preguntas indagan sobre aspectos generales del tema y sólo tienen un propósito descriptivo, las siguientes 22 evalúan la frecuencia con la que se consideran las recomendaciones propuestas por Baile y Buckman (2000) al momento de informar una mala noticia y se subdividen a su vez en 7 etapas, las cuales son: etapa 1: Preparar el entorno, etapa 2: ¿Qué sabe el paciente?, etapa 3: ¿Qué y cuánto quiere saber?, etapa 4: Información, etapa 5: apoyo al paciente / familia, etapa 6: Plan de cuidados, etapa 7: Autochequeo del profesional. Los 22 ítems con valores del 1 al 5 nos permiten tener un rango de respuestas del 22 al 110, por lo que se establecieron las siguientes categorías: de 22 a 44 puntos: se consideró conocimiento deficiente, de 45 a 66 puntos: conocimiento mejorable, de 67 a 88 puntos: conocimiento suficiente y de 88 a 110 puntos: conocimiento excelente.

Para cada etapa en específico también se realizó la categorización de la escala de la siguiente manera:

Etapa 1: Preparar el entorno (5 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 5-10 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 11-15 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 16-20 puntos.
4. Conocimiento excelente: 21-25 puntos.

Etapa 2: ¿Qué sabe el paciente? (3 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 3-6 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 7-9 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 10-12 puntos.
4. Conocimiento excelente: 13-15 puntos.

Etapas 3: ¿Qué y cuánto quiere saber? (3 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 3-6 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 7-9 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 10-12 puntos.
4. Conocimiento excelente: 13-15 puntos.

Etapas 4: Información (4 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 4-8 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 9-12 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 13-16 puntos.
4. Conocimiento excelente: 17-20 puntos.

Etapas 5: Apoyo al paciente/familia (3 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 3-6 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 7-9 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 10-12 puntos.
4. Conocimiento excelente: 13-15 puntos.

Etapas 6: Plan de cuidados (2 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 2-4 puntos.
2. Conocimiento mejorable: 5-7 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 8-9 puntos.
4. Conocimiento excelente: 10 puntos.

Etapas 7: Autochequeo del profesional (2 preguntas con 5 opciones de respuestas)

1. Conocimiento deficiente: 2-4 puntos.

2. Conocimiento mejorable: 5-7 puntos.
3. Conocimiento suficiente: 8-9 puntos.
4. Conocimiento excelente: 10 puntos.

III.3 Procedimiento o estrategia

De primera instancia se diseñó ex profeso un instrumento basado en el protocolo de actuación para informar malas noticias de los autores Baile y Buckman, el cual fue validado por ronda de expertos en el tema y con análisis estadístico a través de la prueba alfa de Cronbach. Una vez validado el instrumento se solicitó autorización a los directivos pertinentes para aplicarlo a un grupo piloto conformado por pasantes del servicio social del área de medicina durante una sesión académica. Posteriormente se tramitó autorización para aplicarlo en diferentes días, tanto a los residentes de medicina familiar durante una sesión académica en la UMF 16 y a los residentes no familiares en el HGR No. 1 del IMSS de la delegación Querétaro.

III.4 Consideraciones éticas.

La presente investigación se considera como sin riesgo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud debido a que en el estudio se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Así mismo se apega a las Normas Éticas Institucionales, al reglamento de la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y a la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Con los resultados de la investigación se contribuirá identificando las deficiencias en la actuación de los médicos residentes para comunicar malas noticias a los pacientes, dejándolos como antecedente para la posible elaboración de estrategias para mejorar esta situación tan importante en el actuar médico.

En cuanto el balance riesgo-beneficio el presente estudio es una investigación sin riesgo para los individuos que participan y considerando que los posibles resultados obtenidos contribuirán a mejorar la actuación médica que a su vez tendrá repercusión en la satisfacción de los usuarios de los servicios del instituto, se concluye que el beneficio que puede ser obtenido es claramente mayor al riesgo.

En ninguna etapa de la investigación se solicitarán los nombres de los individuos a los que se les aplicará el instrumento, garantizando la confidencialidad de la información.

III.5 Análisis estadístico.

Se utilizaron medidas de tendencia central (medias), de dispersión (rangos, desviación estándar) así como frecuencias. La estadística comparativa se realizó a través de la prueba Anova para muestras independientes con un nivel de confianza del 95%. Los datos fueron plasmados en cuadros. El procesamiento de la información fue por medio del programa SPSS V22.

IV. RESULTADOS

Para el presente estudio se realizó un censo de los residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS, con un total de 118 (100%), fueron excluidos aquellos que se encontraban rotando fuera de la delegación en el momento de aplicar el instrumento (25) por lo que se aplicó a 93 residentes. El mayor número de participantes fue de la especialidad de medicina familiar con el 53.8%, seguido por un 10.8% de geriatría, y las otras especialidades hospitalarias (Cuadro IV.1).

Las edades estuvieron entre los 24 y 38 años, con un promedio de 30.57 \pm 3.7 años. El 61.3 % fueron mujeres y 38.7 % hombres.

La institución educativa con más número de participantes fue la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con un 17.2%, siendo un total de 26 universidades formadoras. (Cuadro IV.2).

En la respuesta a la pregunta sobre el significado de mala noticia solo el 8.6% tiene un concepto semejante a la definición más aceptada que es “una comunicación antes desconocida que altera las expectativas de futuro de las personas” (Ungar, 2002; Dias, 2003) (Anexo 3).

En la pregunta número dos, referente a si han tenido alguna capacitación para dar malas noticias, el 63.4% nunca ha recibido preparación y el 36.6.% afirma que sí. En la pregunta siguiente que cuestiona sobre si se conoce alguna estrategia o modelo, el 54.8% manifestó que no y el 45.2% refiere conocer alguno. De este 45.2% sólo el 17.2% menciona diversas estrategias, entre ellas EPICEE (5.3%), “E” de Entorno, “P” de Percepción del paciente, “I” de Invitación, “C” de Comunicar, “E” de Empatía y “E” de Estrategia, el resto solo menciona un numero de pasos a seguir (Anexo 4).

En la pregunta sobre la experiencia que el entrevistado considera que tiene dando malas noticias, el 84.9 % respondió entre regular y poca (Cuadro IV.3).

Al preguntar con qué frecuencia se comunica una mala noticia, un alto porcentaje (68.8%) respondió entre nunca, raramente y ocasionalmente (Cuadro IV.4).

En la siguiente pregunta al cuestionar sobre la frecuencia con la que consideran que se comunicó una mala noticia de forma correcta, la mayoría piensa que lo hace de una forma adecuada, contestando el 83.9 entre ocasionalmente y muy a menudo (Cuadro IV.5).

En el análisis por etapas o indicadores, los resultados muestran que el 71% de los residentes preparan el entorno antes de informar una mala noticia (niveles de conocimiento suficiente y excelente). El 74.2% preguntan a los informados que saben de su padecimiento, el 63.4% toman en cuenta lo que les interesa conocer de su enfermedad, el 72% utiliza un lenguaje sencillo para comunicar su mensaje, el 59.2% procuran brindar apoyo al paciente y/o a su familia, el 40.8 % elabora un plan de cuidados posterior a informar a los pacientes sobre una mala noticia, el 72% de los encuestados no realiza un autochequeo para analizar los sentimientos y actitudes que experimentó durante el encuentro. En el total se observa que el 75.3% consideran que posee un nivel de conocimiento favorable para comunicar malas noticias (suficiente y excelente) (Cuadro IV.6).

En el análisis comparativo de las diferentes especialidades con el resultado de cada etapa y el total del instrumento se observa que existe diferencia significativa en todas las etapas de actuación y en el nivel de conocimiento general ($p < 0.05$) entre todos los grupos estudiados. Medicina familiar fue la especialidad con mejor calificación en el instrumento con una media de 83.9 de 110 puntos. (Cuadro IV.7 y cuadro IV.8).

Al comparar a los residentes de medicina familiar con los no familiares encontramos que existe diferencia significativa en todas las etapas del instrumento y en el nivel de conocimiento total (Cuadro IV.9).

Cuando comparamos a los residentes de medicina familiar, encontramos que existe diferencia significativa entre los años, en las etapas de preparar el entorno, indagar sobre lo que conoce el paciente de su enfermedad, conocer lo que le interesa al informado, realizar un autochequeo posterior a la entrevista y en el nivel de conocimiento general. No existe diferencia significativa en la etapa de información, en la de apoyo al paciente y su familia ni en la del plan de cuidados. (Cuadro IV.10).

Al comparar a los residentes de medicina familiar con los de urgencias médico quirúrgicas, solo se observa diferencia significativa en la etapa de apoyo al paciente y su familia (Cuadro IV.11).

En la comparativa entre los residentes de medicina familiar y geriatría se encontró diferencia significativa entre las medias de todas las etapas y el total. (Cuadro IV.12).

Se realizó también la comparativa entre los residentes de medicina familiar y los de ginecología y obstetricia encontrando que únicamente existe diferencia significativa en la etapa de brindar apoyo al paciente o a su familia (Cuadro IV.13).

Al comparar a los residentes de medicina familiar con los de cirugía general se observa que hubo diferencia significativa en las etapas de preparar el entorno, preguntar qué quiere saber el paciente, la manera en que se brinda la información, la de establecer un plan de cuidados, el autochequeo del profesional y en la puntuación total. Las etapas en las que no se observa diferencia significativa son la de preguntar qué sabe el paciente y en la de brindar apoyo. (Cuadro IV.14).

Se realizó también una comparación entre los residentes de medicina familiar y los de pediatría encontrando que en todas las etapas y en el total no existen diferencias significativas (Cuadro IV.15).

En la comparativa entre los residentes de medicina familiar y los de medicina interna se observa que no existen diferencias significativas en las etapas y en el total (Cuadro IV.16).

Por último se comparó a los residentes de medicina familiar con los de anestesiología encontrando que existe diferencia significativa en las etapas del entorno, qué sabe el paciente, qué quiere saber, apoyo y en el total. No se observa diferencia en las etapas de la información, plan de cuidados y autochequeo del profesional (Cuadro IV.17).

En el análisis estadístico del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.947, cabe mencionar que del total de ítems (28), solo se consideran 22 ítems (del 7 al 28) por ser los que están contruidos en una misma escala (Anexo 2), el resto de preguntas no se enfocan al protocolo de actuación de Baile y Buckman sino que tienen la finalidad de investigar aspectos generales del tema.

CUADROS

Cuadro IV.1 Distribución por especialidad de los residentes participantes en el estudio.

Especialidad	Frecuencia	%
Medicina familiar	50	53.8
Geriatría	10	10.8
Urgencias médico quirúrgicas	9	9.7
Medicina Interna	6	6.5
Ginecología y obstetricia	5	5.4
Anestesiología	5	5.4
Cirugía general	4	4.3
Pediatría	4	4.3
Total	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.2. Distribución por universidad de procedencia de los residentes participantes en el estudio.

Universidad	Frecuencia	%
Universidad Nacional Autónoma de México	16	17.2
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	9	9.7
Universidad Autónoma de Querétaro	9	9.7
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	7	7.5
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	7	7.5
Universidad Autónoma de Guadalajara	6	6.5
Instituto Politécnico Nacional	4	4.3
Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca	4	4.3
Universidad Autónoma del Estado de México	3	3.2
Universidad Autónoma de Chiapas	3	3.2
Universidad Autónoma de Aguascalientes	3	3.2
Universidad de Guanajuato	3	3.2
Universidad del Valle de México	3	3.2
Universidad Veracruzana	2	2.2
Universidad Autónoma de Nuevo León	2	2.2
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	2	2.2
Universidad Autónoma de Guerrero	1	1.1
Universidad Tominaga Nakamoto	1	1.1
Universidad Autónoma de Sinaloa	1	1.1
Universidad de Sonora	1	1.1
Universidad Autónoma de Tamaulipas	1	1.1
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	1	1.1
Universidad Autónoma de Tlaxcala	1	1.1
Universidad Autónoma de Baja California	1	1.1
Universidad Autónoma Metropolitana	1	1.1
Universidad Latinoamericana	1	1.1
Total	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio "Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS" en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.3. Distribución de la percepción sobre la experiencia que tienen dando malas noticias los residentes participantes en el estudio.

Experiencia	Frecuencia	%
Ninguna	2	2.2
Poca	39	41.9
Regular	40	43.0
Suficiente	12	12.9
Mucha	0	0
Total	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.4. Distribución de la frecuencia con la que comunican una mala noticia los residentes participantes en el estudio.

Periodicidad	Frecuencia	%
Nunca	1	1.1
Raramente	19	20.4
Ocasionalmente	44	47.3
Muy a menudo	26	28
Siempre	3	3.2
Total	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.5. Distribución de la percepción sobre la frecuencia con la que consideran que comunican correctamente malas noticias los residentes participantes en el estudio.

Periodicidad	Frecuencia	%
Nunca	3	3.2
Raramente	12	12.9
Ocasionalmente	45	48.4
Muy a menudo	33	35.5
Siempre	0	0
Total	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.6. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y total del protocolo de actuación de Baile y Buckman, de los residentes participantes en el estudio.

Etapa	Nivel de conocimiento								Total	
	Deficiente		Mejorable		Suficiente		Excelente			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Entorno	3	3.2	24	25.8	41	44.1	25	26.9	93	100
Qué sabe el paciente	3	3.2	21	22.6	44	47.3	25	26.9	93	100
Qué quiere saber	6	6.5	28	30.1	39	41.9	20	21.5	93	100
Información	4	4.3	22	23.7	43	46.2	24	25.8	93	100
Apoyo	10	10.8	28	30.1	33	35.5	22	23.7	93	100
Plan de cuidados	8	8.6	47	50.5	35	37.6	3	3.2	93	100
Autochequeo	19	20.4	48	51.6	22	23.7	4	4.3	93	100
Total	3	3.2	20	21.5	44	47.3	26	28.0	93	100

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.7. Distribución por etapas de la calificación media obtenida en el instrumento por los residentes participantes.

Etapa	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Límite inferior	Límite superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	18.6	21.5	0.000
	Urgencias médico quirúrgicas	9	17.1	14.4	19.8	
	Geriatría	10	13.5	12.4	14.6	
	Ginecología y obstetricia	5	17.6	13.7	21.5	
	Cirugía general	4	15.3	13.7	16.8	
	Pediatría	4	16.3	11.2	21.3	
	Medicina interna	6	17.3	14.8	19.9	
	Anestesiología	5	15.4	10.7	20.1	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	11.0	12.4	0.000
	Urgencias médico quirúrgicas	9	12.2	10.7	13.7	
	Geriatría	10	8.1	7.0	9.2	
	Ginecología y obstetricia	5	10.8	8.8	12.8	
	Cirugía general	4	9.8	6.0	13.5	
	Pediatría	4	11.0	9.7	12.3	
	Medicina interna	6	11.3	9.9	12.8	
	Anestesiología	5	8.8	6.4	11.2	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	10.6	12.0	0.004
	Urgencias médico quirúrgicas	9	10.9	9.4	12.3	
	Geriatría	10	7.8	6.5	9.1	
	Ginecología y obstetricia	5	9.6	7.3	11.9	
	Cirugía general	4	9.8	9.0	10.5	
	Pediatría	4	10.0	4.5	15.5	
	Medicina interna	6	10.0	8.4	11.6	
	Anestesiología	5	8.8	4.9	12.7	
Información	Medicina familiar	50	15.3	14.5	16.1	0.000
	Urgencias médico quirúrgicas	9	15.3	13.1	17.6	
	Geriatría	10	10.7	9.0	12.4	
	Ginecología y obstetricia	5	14.2	10.0	18.4	
	Cirugía general	4	11.8	9.7	13.8	
	Pediatría	4	12.5	10.4	14.6	
	Medicina interna	6	13.0	10.3	15.7	
	Anestesiología	5	12.6	9.2	16.0	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	10.8	12.1	0.000
	Urgencias médico quirúrgicas	9	9.3	7.1	11.6	
	Geriatría	10	7.9	6.8	9.0	
	Ginecología y obstetricia	5	8.4	6.0	10.8	
	Cirugía general	4	9.3	7.7	10.8	
	Pediatría	4	9.5	8.6	10.4	
	Medicina interna	6	9.8	8.3	11.4	
	Anestesiología	5	7.6	5.0	10.2	
Plan	Medicina familiar	50	7.3	6.9	7.8	0.001
	Urgencias médico quirúrgicas	9	7.6	6.5	8.7	
	Geriatría	10	5.2	4.1	6.3	
	Ginecología y obstetricia	5	6.8	5.0	8.6	
	Cirugía general	4	4.8	3.2	6.3	
	Pediatría	4	6.8	4.0	9.5	
	Medicina interna	6	7.5	6.2	8.8	
	Anestesiología	5	5.8	3.3	8.3	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	6.4	7.5	0.009
	Urgencias médico quirúrgicas	9	5.6	3.6	7.5	
	Geriatría	10	4.6	3.6	5.6	
	Ginecología y obstetricia	5	6.4	5.0	7.8	
	Cirugía general	4	4.8	4.0	5.5	
	Pediatría	4	5.8	3.0	8.5	
	Medicina interna	6	6.0	5.1	6.9	
	Anestesiología	5	5.4	3.7	7.1	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.8. Distribución de las medias de la calificación total obtenida en el instrumento por los residentes participantes.

Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
			Límite inferior	Límite superior	
Medicina familiar	50	83.9	79.4	88.4	0.000
Urgencias médico quirúrgicas	9	78.0	67.5	88.5	
Geriatría	10	57.8	51.5	64.1	
Ginecología y obstetricia	5	73.8	57.6	90.0	
Cirugía general	4	65.3	56.6	73.9	
Pediatría	4	71.8	54.1	89.4	
Medicina interna	6	75.0	65.6	84.4	
Anestesiología	5	64.4	46.2	82.6	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.9. Comparativa entre los residentes de medicina familiar y no familiar en el nivel de conocimiento por etapas y en total.

Etapas	Residentes	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	2.392	5.474	0.000
	No familiar	43	15.9	2.430	5.436	
Qué sabe el paciente	Medicina familiar	50	11.7	0.510	2.465	0.003
	No familiar	43	10.2	0.517	2.458	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	0.841	2.829	0.000
	No familiar	43	9.5	0.849	2.820	
Información	Medicina familiar	50	15.3	1.206	3.627	0.000
	No familiar	43	12.9	1.208	3.624	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	1.774	3.611	0.000
	No familiar	43	8.8	1.786	3.599	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	0.263	1.673	0.008
	No familiar	43	6.4	0.260	1.676	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	0.765	2.278	0.000
	No familiar	43	5.4	0.776	2.267	
Total	Medicina familiar	50	83.9	8.804	20.903	0.000
	No familiar	43	69.0	8.896	20.811	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.10. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total de los residentes de medicina familiar participantes en el estudio.

Etapas	Año	N	Media	IC 95%		p*
				Límite inferior	Límite superior	
Entorno	Primero	18	17.7	15.348	20.097	0.027
	Segundo	14	20.9	18.716	23.141	
	Tercero	18	21.1	19.485	22.737	
	Total	50	19.8	18.631	21.049	
Qué sabe	Primero	18	10.1	8.882	11.340	0.001
	Segundo	14	12.8	11.627	13.944	
	Tercero	18	12.5	11.487	13.513	
	Total	50	11.7	11.017	12.423	
Qué quiere saber	Primero	18	9.9	8.533	11.356	0.010
	Segundo	14	12.5	11.037	13.963	
	Tercero	18	11.7	10.983	12.462	
	Total	50	11.3	10.580	12.020	
Información	Primero	18	13.9	12.160	15.729	0.046
	Segundo	14	16.3	14.900	17.671	
	Tercero	18	15.9	14.785	16.993	
	Total	50	15.3	14.458	16.142	
Apoyo	Primero	18	10.4	8.995	11.894	0.072
	Segundo	14	12.2	11.078	13.351	
	Tercero	18	11.9	10.972	12.806	
	Total	50	11.5	10.778	12.142	
Plan de cuidados	Primero	18	6.6	5.675	7.548	0.057
	Segundo	14	7.6	6.646	8.497	
	Tercero	18	7.9	7.253	8.525	
	Total	50	7.3	6.864	7.816	
Autochequeo	Primero	18	6.0	4.963	7.038	0.022
	Segundo	14	7.1	5.842	8.301	
	Tercero	18	7.8	7.105	8.451	
	Total	50	6.9	6.376	7.504	
Total	Primero	18	74.8	65.623	83.932	0.007
	Segundo	14	89.4	81.504	97.211	
	Tercero	18	88.8	83.511	94.045	
	Total	50	83.9	79.376	88.424	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.11. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de urgencias médico quirúrgicas participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	-0.286	5.744	0.075
	Urgencias médico quirúrgicas	9	17.1	-0.126	5.583	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	-2.246	1.241	0.566
	Urgencias médico quirúrgicas	9	12.2	-2.076	1.071	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	-1.369	2.191	0.645
	Urgencias médico quirúrgicas	9	10.9	-1.153	1.975	
Información	Medicina familiar	50	15.3	-2.178	2.111	0.975
	Urgencias médico quirúrgicas	9	15.3	-2.358	2.291	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	0.324	3.930	0.022
	Urgencias médico quirúrgicas	9	9.3	-0.197	4.451	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	-1.405	0.974	0.718
	Urgencias médico quirúrgicas	9	7.6	-1.368	0.936	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	-0.119	2.888	0.070
	Urgencias médico quirúrgicas	9	5.6	-0.619	3.388	
Total	Medicina familiar	50	83.9	-5.430	17.230	0.301
	Urgencias médico quirúrgicas	9	78.0	-5.164	16.964	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.12. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de geriatría participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	3.598	9.082	0.000
	Geriatría	10	13.5	4.789	7.891	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	1.984	5.256	0.000
	Geriatría	10	8.1	2.335	4.905	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	1.806	5.194	0.000
	Geriatría	10	7.8	2.035	4.965	
Información	Medicina familiar	50	15.3	2.608	6.592	0.000
	Geriatría	10	10.7	2.810	6.390	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	1.969	5.151	0.000
	Geriatría	10	7.9	2.284	4.836	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	1.000	3.280	0.000
	Geriatría	10	5.2	1.018	3.262	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	1.017	3.663	0.001
	Geriatría	10	4.6	1.216	3.464	
Total	Medicina familiar	50	83.9	15.677	36.523	0.000
	Geriatría	10	57.8	18.726	33.474	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.13. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de ginecología y obstetricia participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	-1.692	6.172	0.258
	Ginecología y obstetricia	5	17.6	-1.554	6.034	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	-1.358	3.198	0.422
	Ginecología y obstetricia	5	10.8	-1.072	2.912	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	-0.639	4.039	0.151
	Ginecología y obstetricia	5	9.6	-0.502	3.902	
Información	Medicina familiar	50	15.3	-1.723	3.923	0.438
	Ginecología y obstetricia	5	14.2	-3.080	5.280	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	0.831	5.289	0.008
	Ginecología y obstetricia	5	8.4	0.695	5.425	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	-1.022	2.102	0.491
	Ginecología y obstetricia	5	6.8	-1.262	2.342	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	-1.278	2.358	0.554
	Ginecología y obstetricia	5	6.4	-0.847	1.927	
Total	Medicina familiar	50	83.9	-4.688	24.888	0.176
	Ginecología y obstetricia	5	73.8	-5.707	25.907	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.14. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de cirugía general participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	0.278	8.902	0.037
	Cirugía general	4	15.3	2.970	6.210	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	-0.604	4.544	0.131
	Cirugía general	4	9.8	-1.630	5.570	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	-1.017	4.117	0.002
	Cirugía general	4	9.8	0.645	2.455	
Información	Medicina familiar	50	15.3	0.533	6.567	0.022
	Cirugía general	4	11.8	1.713	5.387	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	-0.232	4.652	0.075
	Cirugía general	4	9.3	0.808	3.612	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	0.879	4.301	0.004
	Cirugía general	4	4.8	1.183	3.997	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	0.178	4.202	0.033
	Cirugía general	4	4.8	1.384	2.996	
Total	Medicina familiar	50	83.9	2.480	34.820	0.025
	Cirugía general	4	65.3	10.557	26.743	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.15. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de pediatría participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	-0.790	7.970	0.106
	Pediatría	4	16.3	-1.205	8.385	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	-1.793	3.233	0.568
	Pediatría	4	11.0	-0.502	1.942	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	-1.407	4.007	0.340
	Pediatría	4	10.0	-4.082	6.682	
Información	Medicina familiar	50	15.3	-0.217	5.817	0.068
	Pediatría	4	12.5	0.917	4.683	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	-0.474	4.394	0.112
	Pediatría	4	9.5	1.011	2.909	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	-1.157	2.337	0.501
	Pediatría	4	6.8	-2.023	3.203	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	-0.863	3.243	0.250
	Pediatría	4	5.8	-1.393	3.773	
Total	Medicina familiar	50	83.9	-4.201	28.501	0.142
	Pediatría	4	71.8	-4.406	28.706	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.16. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de medicina interna participantes en el estudio.

Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	-1.061	6.074	0.165
	Medicina interna	6	17.3	-0.101	5.114	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	-1.687	2.460	0.710
	Medicina interna	6	11.3	-1.090	1.863	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	-0.830	3.430	0.226
	Medicina interna	6	10.0	-0.355	2.955	
Información	Medicina familiar	50	15.3	-0.235	4.835	0.074
	Medicina interna	6	13.0	-0.354	4.954	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	-0.392	3.645	0.112
	Medicina interna	6	9.8	0.055	3.199	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	-1.578	1.258	0.822
	Medicina interna	6	7.5	-1.452	1.132	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	-0.714	2.594	0.259
	Medicina interna	6	6.0	-0.061	1.941	
Total	Medicina familiar	50	83.9	-4.445	22.245	0.187
	Medicina interna	6	75.0	-0.744	18.544	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

Cuadro IV.17. Distribución del nivel de conocimiento por etapas y en total en la comparativa entre residentes de medicina familiar y residentes de anestesiología participantes en el estudio.

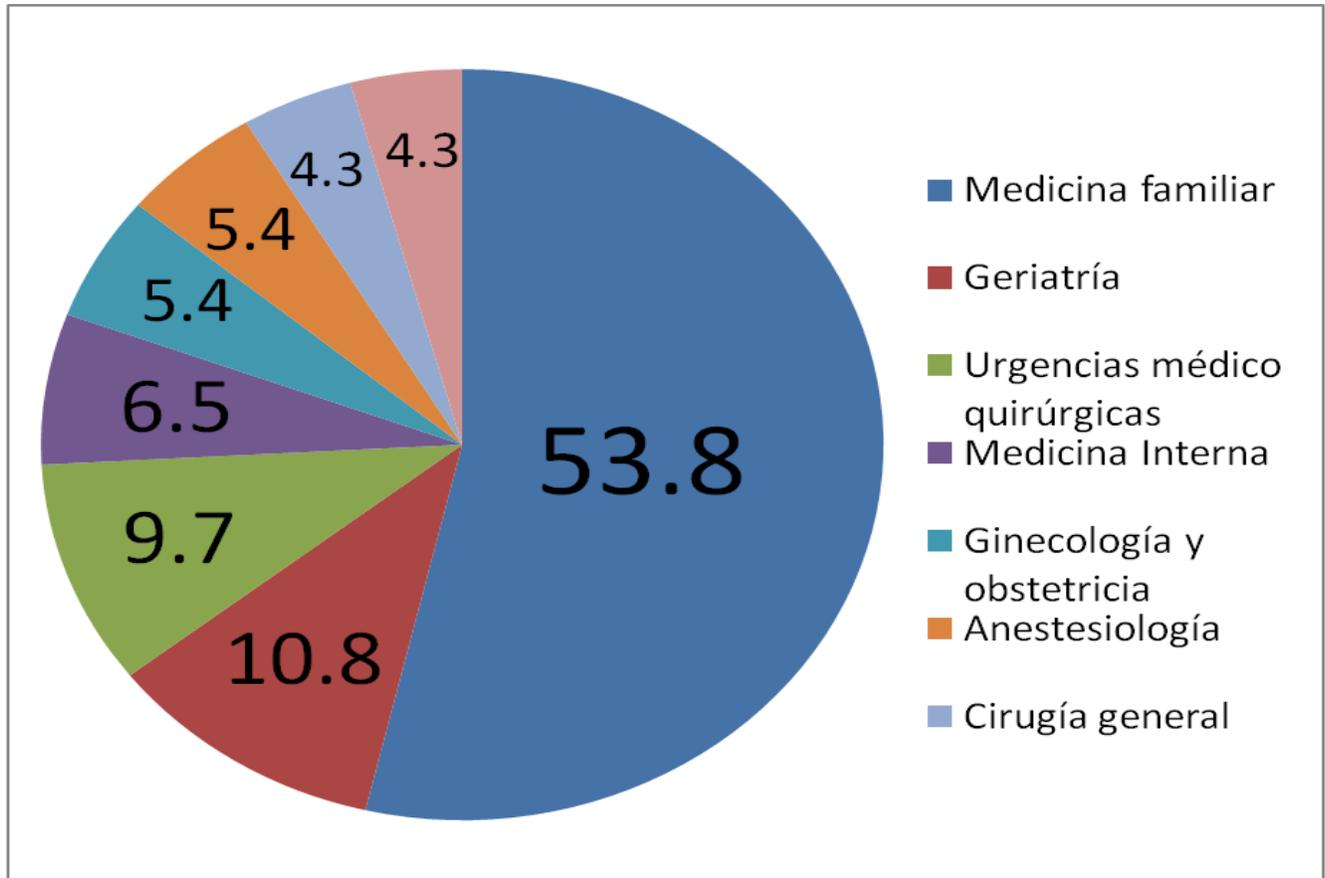
Etapas	Especialidad	N	Media	IC 95%		p*
				Inferior	Superior	
Entorno	Medicina familiar	50	19.8	0.470	8.410	0.029
	Anestesiología	5	15.4	-0.155	9.035	
Qué sabe	Medicina familiar	50	11.7	0.627	5.213	0.014
	Anestesiología	5	8.8	0.587	5.253	
Qué quiere saber	Medicina familiar	50	11.3	0.071	4.929	0.044
	Anestesiología	5	8.8	-1.311	6.311	
Información	Medicina familiar	50	15.3	-0.071	5.471	0.056
	anestesiología	5	12.6	-0.585	5.985	
Apoyo	Medicina familiar	50	11.5	1.623	6.097	0.001
	Anestesiología	5	7.6	1.342	6.378	
Plan de cuidados	Medicina familiar	50	7.3	-0.064	3.144	0.059
	Anestesiología	5	5.8	-0.968	4.048	
Autochequeo	Medicina familiar	50	6.9	-0.288	3.368	0.097
	Anestesiología	5	5.4	-0.086	3.166	
Total	Medicina familiar	50	83.9	4.609	34.391	0.011
	Anestesiología	5	64.4	1.657	37.343	

*Prueba Anova con un nivel de confianza del 95%.

Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

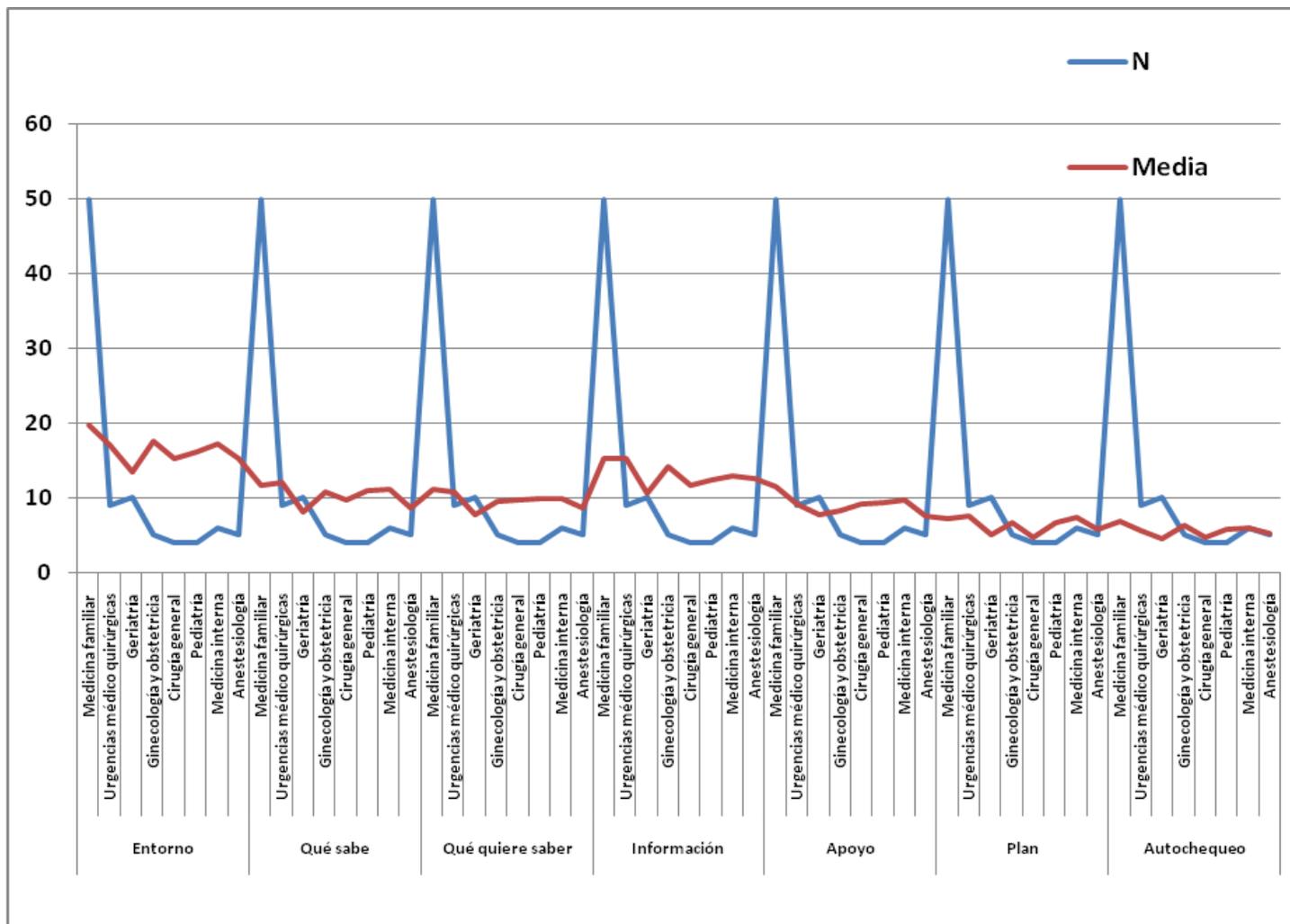
GRÁFICAS

IV.A. Distribución por especialidad expresada en porcentaje de los residentes participantes en el estudio.



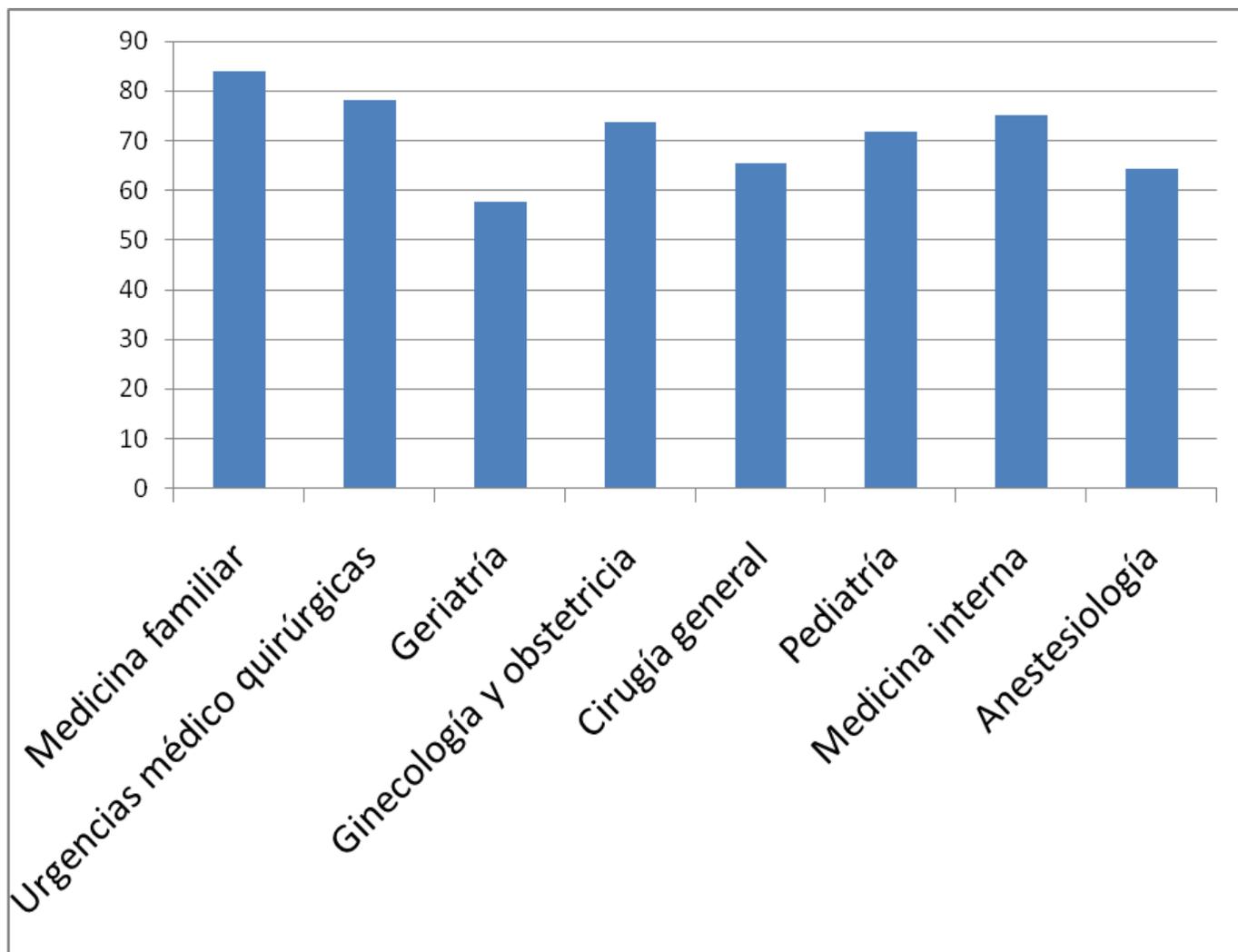
Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

IV.B. Distribución de las medias del puntaje por etapas obtenido en el instrumento por los residentes participantes.



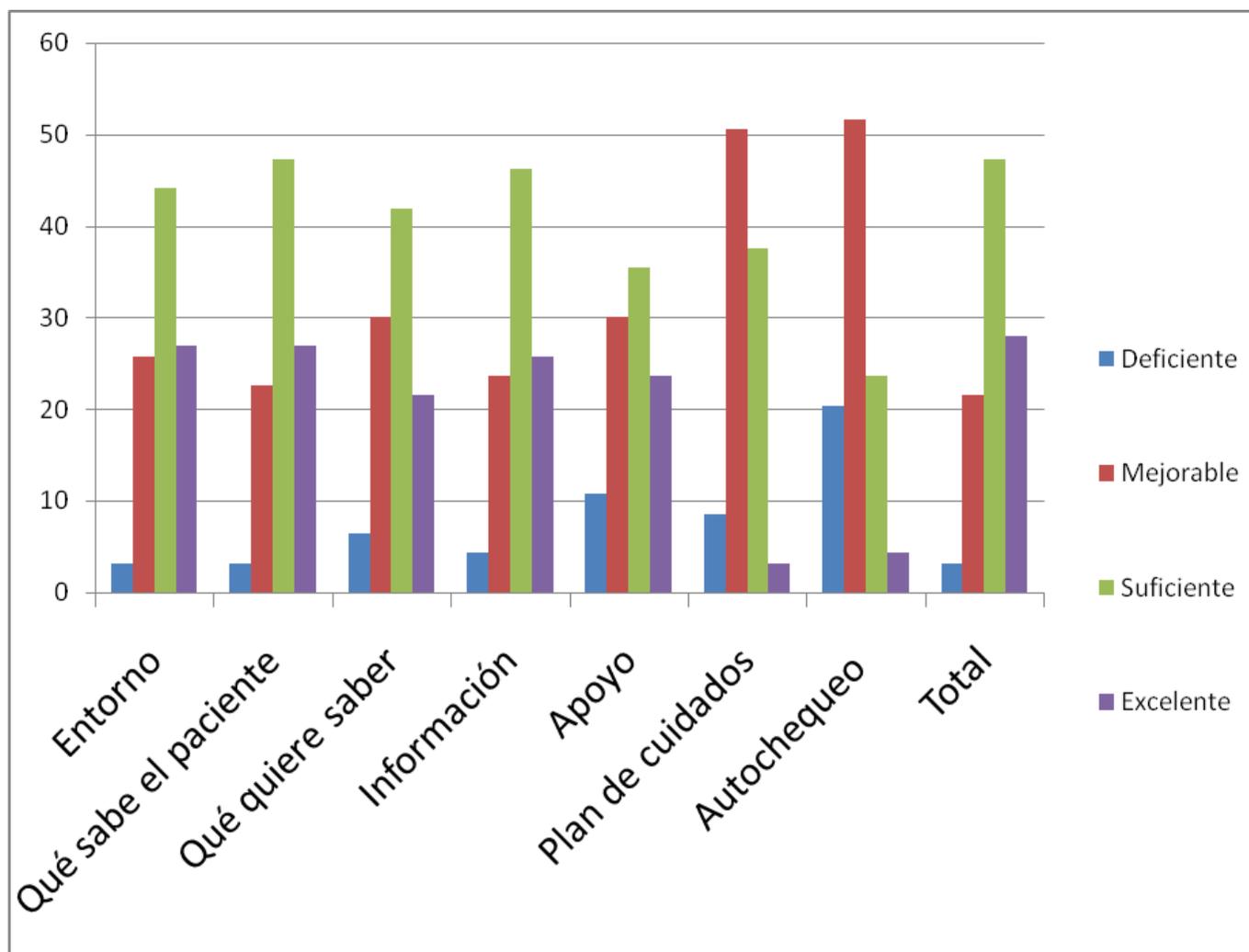
Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

IV.C. Distribución de las medias del puntaje total obtenido en el instrumento por los residentes participantes.



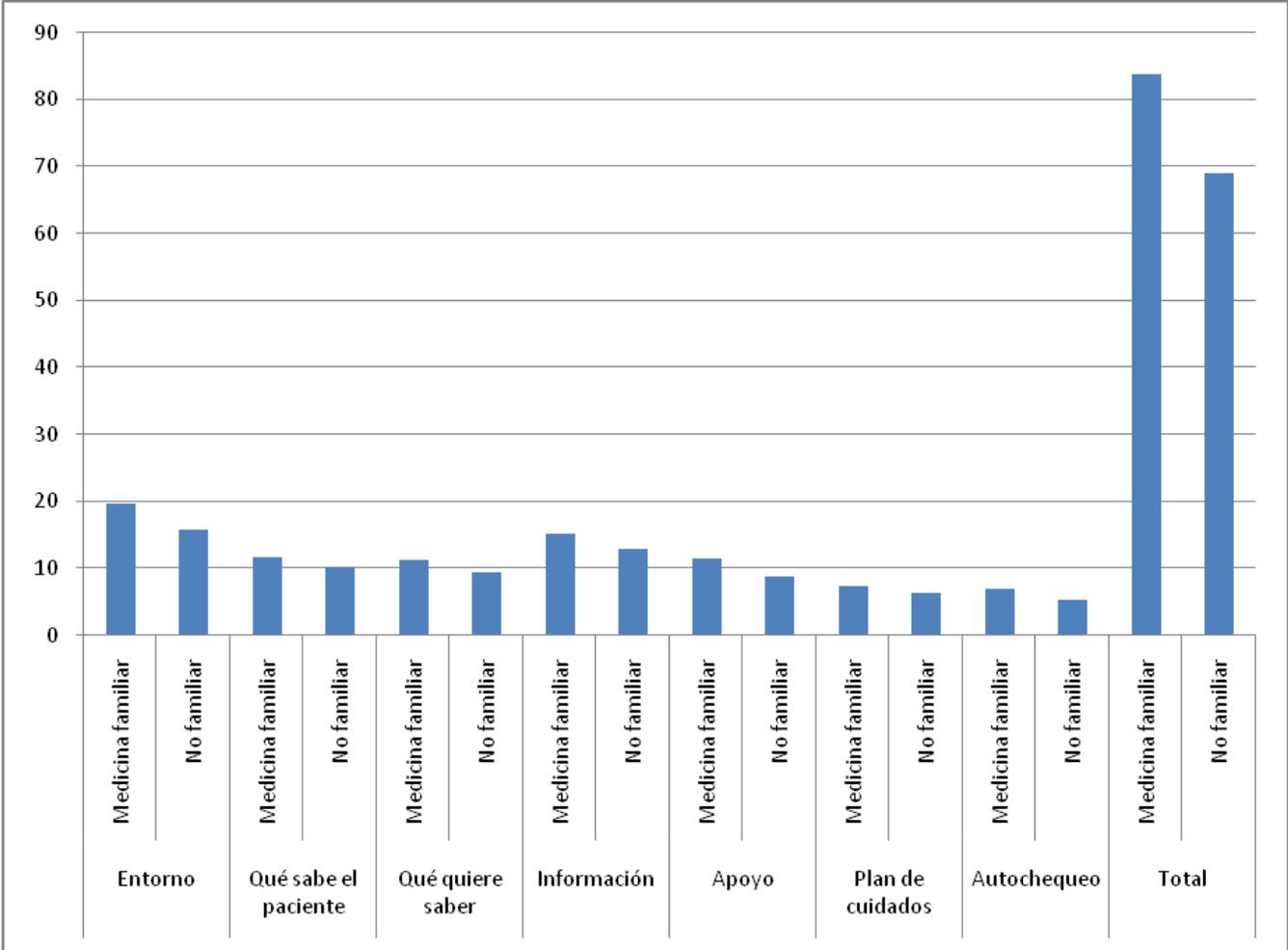
Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

IV.D. Distribución del nivel de conocimiento expresado en porcentaje de los residentes participantes.



Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

IV.E. Comparativa de las medias del puntaje por etapas y total entre los residentes de medicina familiar y no familiar.



Fuente: Instrumento aplicado a los residentes participantes del estudio “Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS” en la UMF 16 y HGR No. 1, en noviembre del 2013.

V. DISCUSIÓN

La comunicación de malas noticias es un relevante aspecto en la relación médico-paciente, sin embargo, el profesional de la salud no lleva capacitación previa en este aspecto, lo que sin duda perjudica el proceso de la comunicación, siempre tan importante, pero mucho más cuando lo que se va a decir cambiará las perspectivas de un paciente en un futuro cercano (Artús, 2012).

La literatura reporta que el 42% de los residentes de medicina interna de Harvard tienen temor a la reacción emocional del paciente (Lloyd, 2002), Back en 2005 menciona que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan malas noticias 5 a 20 veces al mes, reportando que el 42% presenta dificultad para comunicarlas, 47% considera que su actividad de comunicar malas noticias es inadecuada. Estos porcentajes son menores que los resultados del presente estudio ya que el 84.9% de los residentes considera que tiene entre poca y regular experiencia dando malas noticias y el 68.8% refiere que no es frecuente esta práctica en su quehacer profesional, esto quizá debido también a que no tienen una definición concreta de mala noticia pues si nos apegamos a este concepto podríamos considerar que una de las principales actividades de los residentes es comunicar a los pacientes este tipo de información pues una mala noticia es toda aquella comunicación que altera la perspectiva a futuro de las personas (Ungar, 2002; Dias, 2003).

El 56.0% de los residentes de medicina interna del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” nunca recibió capacitación para dar malas noticias según García (2008). Este porcentaje es mayor según los resultados del presente estudio donde, de los 93 participantes, el 63.4% reportaron no haber recibido preparación para este fin.

García (2008) también reporta que el 56.0% de sus encuestados creen que su capacidad para dar malas noticias es de mala a regular. Difiere con los resultados del presente estudio donde el 83.9% de los residentes consideran que comunican una mala noticia de una forma adecuada la mayor parte de la veces

(ocasionalmente y muy a menudo). Lo anterior debido probablemente a que en la presente investigación los participantes pertenecían a diversas especialidades incluyendo medicina familiar, que fue el grupo más numeroso (50/93), y a que los residentes de segundo y tercer año de esta área recibieron capacitación para dar malas noticias como parte de su curso formativo.

En el análisis del nivel de conocimiento los resultados muestran que la etapa que tuvo mayor porcentaje de un nivel de conocimiento deficiente fue la del apoyo al paciente y su familia quizá debido a que falta un mayor acercamiento de las diferentes especialidades a la problemática que está viviendo en ese momento el informado.

Sánchez-González en 2007 realizó un estudio con los médicos aspirantes a residencias médicas en nuestro país, aplicando un cuestionario evaluó diferentes áreas, llama la atención que dentro del área de comunicación solo el 29.2% de los encuestados supo identificar la definición de empatía y sólo el 7.5% integró adecuadamente los tres conocimientos evaluados en el módulo (comunicación, empatía y relación médico-paciente), esto concerniente a que se presentan conflictos en la comunicación dentro del área médica desde los estudiantes de pregrado en nuestro país pues esta área es en ocasiones subvalorada en las universidades formadoras lo cual trae conflictos al médico durante todo el proceso de su formación.

Existen estudios que demuestran que durante los años de internamiento hospitalario disminuye la empatía, incrementa la hostilidad, el estrés y la fatiga por parte de los médicos en formación (Bellini, 2002), por lo que se ve deteriorada de forma importante la comunicación asertiva entre el médico y su paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que los residentes que están mejor preparados para comunicar una mala noticia son los de medicina familiar y de ellos los residentes de segundo año. No existen diferencias significativas entre los residentes de segundo y tercer año, pero si entre ellos y los

de primero, quizá debido a que éstos últimos no han recibido capacitación para comunicar malas noticias a diferencia de sus compañeros.

La medicina familiar es tal vez el área donde más se desarrollen las habilidades psicosociales de los residentes, Hernández Torres (2006), lo expresa concretamente: “el médico familiar debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud”, quizá este sea el motivo de los resultados obtenidos por este grupo de residentes pues son los únicos que llevan la materia de comunicación como obligatoria en su programa académico.

No existe diferencia significativa entre los residentes de medicina familiar y los de urgencias médico quirúrgicas pero si con los de geriatría quizá debido a que éstos últimos al desarrollarse en un área completamente hospitalaria y abundante en pacientes con patologías complejas van perdiendo la empatía con el paso del tiempo.

Sesma Arnáiz en 2002 realizó un estudio sobre las cualidades más valoradas en un residente por los tutores de una unidad docente en España encontrando que la actitud del residente es la más valorada en 41.2% del total de respuestas del instrumento empleado, son mucho menos valoradas la cualificación psicosocial y de relación con los pacientes (8,1%), por lo que se podría considerar que no solamente es la falta de procesos educativos encaminados a mejorar esta última área sino aún más importante, es la falta de interés por parte de los profesores lo que se refleja en la poca capacitación que tienen los médicos en formación sobre los aspectos psicosociales de los pacientes.

Contrario a los que se esperaba existe diferencia significativa entre los residentes de medicina familiar y los de geriatría en todas las etapas y en el total,

al parecer una explicación probable es que los residentes de geriatría, al ser casi exclusivamente hospitalarios y al tratar con pacientes graves que en muchas ocasiones tiene deterioro cognoscitivo o por la falta de un familiar acompañante, encuentran dificultades para una comunicación más estrecha con el paciente. No obstante creemos que en esta área específicamente se debería hacer énfasis en mejorar este aspecto, pues al ser una especialidad que atiende a una población altamente vulnerable, es indispensable que siempre se mantenga una estrecha comunicación ya sea directa o indirectamente.

En el análisis de los resultados no se encontraron diferencias significativas entre los residentes de medicina familiar y los de medicina interna ni en el total del instrumento ni en las diferentes etapas, al parecer ambas especialidades, aunque muy diferentes, buscan mantener una buena comunicación con sus pacientes a diferencia de lo que se pensaba, pues al ser medicina interna una especialidad hospitalaria que muchas veces atiende a pacientes graves en un medio no muy propicio para la comunicación de malas noticias, los residentes refieren que toman en cuenta las diferentes etapas de actuación de Baile y Buckman, aunque ninguno de ellos refirió en el instrumento conocer el protocolo de actuación.

Existen autores que afirman que en el ámbito hospitalario los médicos son educados en un sistema que prima el conocimiento científico y que no se les permite reconocer sus propios sentimientos y que les enseña que los sentimientos no son importantes o son cuestiones secundarias, por lo tanto es poco probable que se relacionen con empatía con sus pacientes (Bellver, 2012).

No existe diferencia significativa entre los residentes de medicina familiar y los de ginecología y obstetricia ni en el total ni en las diferentes etapas excepto en la de apoyo al paciente y su familia quizá debido a que al ser esta última una especialidad también quirúrgica los residentes de primer año a quienes se les aplicó el cuestionario pasan gran parte del tiempo en el área de quirófano, donde posterior a realizar un procedimiento, es difícil que tengan contacto con la paciente

o sus familiares dificultando que se pueda ofrecer un apoyo posterior. También son ellos quienes pasan largas jornadas sin dormir por la demanda de atención médica en el área de toco-cirugía lo cual conlleva a la disminución de su estado de ánimo. García Salaverri en 2005 aplicó un cuestionario para conocer los efectos subjetivos de las guardias en los residentes de un hospital español encontrando que 61.4% refieren que su estado de ánimo ha disminuido de forma importante a partir de que se encuentran realizando guardias intrahospitalarias lo cual puede dificultar la relación médico-paciente.

A diferencia de la comparativa anterior existe diferencia significativa entre los residentes de medicina familiar y los de cirugía general en todas las etapas y en el total del instrumento excepto en las etapas de preguntar al paciente que sabe de su enfermedad y en la de apoyo, quizá debido a que los residentes de cirugía al considerar la responsabilidad de un procedimiento quirúrgico hagan énfasis en preguntar al paciente si alguna ha sido intervenido quirúrgicamente y que sabe sobre este tema, sin embargo también se podría considerar que en las otras áreas el profesional quirúrgico deja en segundo término explicar detalladamente al paciente sobre el procedimiento a realizar o bien el formular un plan de seguimiento posterior a la cirugía, tal vez debido a que en muchas ocasiones el cirujano que le comunica al paciente de la necesidad de una cirugía no siempre es el que lo opera además de que, al ser una especialidad altamente resolutive, muchas veces al término del procedimiento se informa solamente lo mas indispensable al paciente o sus familiares.

No existen diferencias significativas entre los residentes de medicina familiar y los de pediatría, al parecer ambas especialidades intentan mantener una buena comunicación con sus pacientes, además de que pediatría, al ser un área tan delicada, pues la mayoría de las veces con quien se mantiene la comunicación no es con el paciente sino con los padres, los residentes procuran mantenerlos informados.

Existe diferencia significativa, tanto en las diferentes etapas como en el total, entre los residentes de medicina familiar y los de anestesiología, esto debido quizá a que el residente de anestesiología generalmente se encarga de realizar únicamente el procedimiento anestésico y aunque tienen una valoración preoperatoria posterior a la cirugía ya no se mantiene comunicación con el paciente pues la mayor responsabilidad recae generalmente en el cirujano.

VI. CONCLUSIONES

Se cumplió el objetivo general de determinar el nivel de conocimiento sobre cómo informar malas noticias en los médicos residentes de la delegación Querétaro del IMSS. El nivel que predominó fue suficiente en 47.3%. En relación a la hipótesis general planteada, en el 24.7% de los residentes se puede mejorar dicho nivel, por lo que se acepta.

Existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre las diferentes especialidades, medicina familiar fue la especialidad con mejor calificación en el instrumento comparada con cada una de las diferentes áreas y con el total de residentes no familiares. La causa más probable es que la especialidad de medicina familiar es la única que lleva la materia de comunicación como obligatoria, en la cual se aborda el tema sobre como comunicar malas noticias a los pacientes.

Existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre los residentes de medicina familiar. El mejor puntaje lo obtuvieron los residentes de segundo año.

Se concluye que si bien, aproximadamente la mitad de los residentes de la delegación Querétaro, se perciben con un nivel de conocimiento suficiente para comunicar malas noticias, en la tercera parte de este grupo es posible mejorarlo, por lo que es importante establecer estrategias educativas para este fin.

VII. PROPUESTAS

Elaborar una estrategia educativa que permita mejorar el nivel de conocimiento sobre como informar malas noticias en los residentes de la delegación Querétaro del IMSS.

Concientizar a los médicos del instituto sobre la importancia que tiene el comunicar malas noticias de forma adecuada.

Instaurar la materia de comunicación como obligatoria en los residentes de todas las especialidades con la finalidad de dar a conocer las diferentes estrategias que existen para comunicar de manera correcta una mala noticia, además de reforzar aspectos como la relación médico-paciente y la práctica de una medicina asertiva en sus ámbitos verbal y no verbal.

VIII. LITERATURA CITADA

- Artús A, Beux V, Pérez S. 2012. Comunicación de malas noticias. *Biomedicina*; 7(1): p. 28-33.
- Back A, Arnold R, Baile W, Tulsy J, Edwards K. 2005. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*: p. 164-165.
- Back A, Arnold R, et al. 2003. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol*; 2003 (21): p. 2433-2436.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka P. 2000. Spikens-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*; 5 (4): p. 302-311.
- Bellini L, Baime M, Shea J. 2002. Variation of Mood and empathy during internship. *JAMA*; 287 (23): p. 3143-3146.
- Bellver P. 2012. Aportaciones desde la psico-oncología a la formación en técnicas y habilidades de comunicación. Grupo Español de Investigación Cooperativa en Psicobioquímica Clínica.
- Bruner J, Olson D. 1973. Aprendizaje por experiencia directa y por experiencia mediatizada. *Perspectivas*; 3 (1). Madrid, UNESCO.
- Carrillo R, Contreras A, Remolina M. 2007. Comunicando malas noticias en la Unidad de Terapia Intensiva "*Primum non nocere*" Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; 21(4): p. 194-199.
- Couceiro A. 1995. El nuevo rostro de la relación sanitaria: el consentimiento informado y sus aplicaciones. Editorial Doyma: p.17-39.

- Dias L, Bruce A, Thomas J, Lynch J, Richard T. 2003. Breaking bad new: a patients perspective. *The Oncologist*; 8 (6): p. 592-593.
- Díaz Barriga A. 2006. El enfoque de competencias en la educación. *Perfiles educativos*; 28 (111): p. 7-36.
- Die Trill M, Lopez E. 2000. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, la comunicación con el enfermo y familia. Madrid. Ades Ediciones.
- García B, Méndez M, Ryan P. 2005. Efecto subjetivo de las guardias sobre salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Archivos de medicina*; 1 (1): p. 2-15.
- García W, Lara A, Guevara U. 2008. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*; 31(1): p. 9-14.
- Gene J, Font M. 1994. Utilización de los medicamentos. En: Martín A y Cano JF. *Aten. Primaria*. 3ª edición. Madrid. Mosby-Doyma: p. 220-235.
- Gómez M. 2006. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid. Arán Ediciones.
- Hernández I, Fernández M, Irigoyen A, Hernández M. 2006. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de medicina familiar*. México; 8 (2): p. 137-143.
- Johnston J.1992. Pérdida de un miembro de la familia: lecciones para enfrentarse a un desastre. México. *Agonía, muerte y duelo*: p. 163-181.
- Jovell A.1999. Medicina basada en la afectividad. Barcelona. *Med Clin*; 113: p. 173-175.

- Lizarraga S, Ayarra M. 2001. La entrevista motivacional. ANALES Sis San Navarra; 24 (2): p. 43-53.
- Lloyd W. 2003. Breaking bad news to patients and relatives. BJM: p. 325-511.
- Matthews E. 1986. Can paternalism be modernized. J Clinc Oncologist; 2: p. 300-303.
- Novack D, Plumber R, Smith R, Ochitil H, Morrow G, Bennett J. 1989. Changes in physicians attitudes towards tellings the cancer patient. J Amer Assoc; 241:p. 897-900.
- Palop L, Martínez M. 2004. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud; 28: p. 113-20.
- Rodríguez Marín J. 1995. Efectos de la interacción entre el profesional médico y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis: p. 151-160.
- Roe, R. 2003. ¿Qué hace competente a un psicólogo?. Papeles del Psicólogo, Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, diciembre, núm. 83.
- Sánchez J, Cacho J, Hernández L, Campos E, Tena C. 2007. Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. Cirugía y cirujanos; 75: p. 191-200.
- Sesma R, Saura J, Fernández J, Sáez A. 2002. Cualidades más valoradas en un residente por los tutores de una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. MEDIFAM; 12 (5): p. 326-332.
- Ungar L. 2002. Breaking bad new: structures traitinig for family residents. Patient Education and Counseling; 48 (1): p. 63-68.

Villa López B. 2007. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias.
Nure Investigación; 31, Noviembre - Diciembre.

IX. ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, IMSS, UMF 16 y HGRZ No 1, periodo de septiembre 2013 a enero de 2014						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Describir los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento para conocer el nivel de conocimiento para informar malas noticias.						
Procedimientos:	Aplicar un instrumento para conocer el nivel de conocimiento para dar malas noticias						
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el nivel de conocimiento para dar malas noticias.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos y ante cualquier duda.						
Participación o retiro:	El retiro no afectará en ningún aspecto a los participantes.						
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Jorge Francisco Oseguera Rodríguez						
Investigador Responsable:	Dr. Jorge Francisco Oseguera Rodríguez						
Colaboradores:	Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez Dr. Rangel Ciprés Luis Enrique R3 Medicina Familiar						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

Instrumento de recolección

Nivel de conocimiento sobre cómo dar malas noticias en los médicos residentes adscritos a la delegación Querétaro del IMSS

Fecha: _____ Edad: _____ Género: (F) (M)
Universidad de procedencia: _____

Actualmente cursa la especialidad de: _____

Año que cursa: (1) (2) (3) (4) (5)

Indicaciones: Conteste de la forma más honesta las siguientes preguntas, la importancia de los ítems radica en la veracidad de sus respuestas. Los resultados no influirán en ningún aspecto académico ni de otro tipo, por lo mismo el cuestionario es anónimo. Pretendemos conocer su grado de conocimiento sobre un protocolo para comunicar malas noticias con la finalidad de establecer estrategias educativas que lo beneficiarán.

1. ¿En el ámbito médico qué entiende usted por “mala noticia”?

2. ¿Ha tenido usted alguna capacitación previa para dar malas noticias?

() Si () No

3. ¿Conoce usted alguna estrategia o modelo para comunicar malas noticias?

() Si () No ¿Cuál?:

4. ¿Qué tanta experiencia considera usted que tiene dando malas noticias?

() Ninguna () Poca () Regular () Suficiente () Mucha

5. ¿Con qué frecuencia comunica una mala noticia?

Nunca Raramente Ocasionalmente Muy a menudo Siempre

6. ¿Cuándo comunica una mala noticia con qué frecuencia considera que lo hizo correctamente?

Nunca Raramente Ocasionalmente Muy a menudo Siempre

Escala de valoración

1- Nunca	2- Raramente	3- Ocasionalmente	4- Muy a menudo	5- Siempre
----------	--------------	-------------------	-----------------	------------

7. Cuando doy una mala noticia evalúo el nivel cultural y el tipo de vocabulario que utiliza el paciente:

8. Antes de dar una mala noticia saludo de mano y me presento amablemente con el paciente y/o sus familiares:

9. Cuando doy una mala noticia pregunto al informado qué quiere saber respecto a las opciones terapéuticas y/o procedimientos a los que va a ser sometido:

10. Cuando doy una mala noticia elaboro un plan de cuidados basados en las expectativas que se intentarán cumplir: aliviar síntomas y compartir miedos y preocupaciones:

11. Cuando doy una mala noticia fraccio la información con la finalidad de que esto permita una mayor retención por parte del paciente:

12. Cuando doy una mala noticia pregunto al informado que es lo que le interesa o preocupa del padecimiento o enfermedad:

13. Cuando doy una mala noticia pregunto gentilmente al paciente si quiere estar acompañado:

14. Cuando doy una mala noticia ayudo a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno:

() 15. Cuando doy una mala noticia me aseguro de que la información está siendo entendida y asimilada por el oyente, por ejemplo solicitándole que haga un resumen con sus propias palabras de lo comprendido:

() 16. Cuando doy una mala noticia reviso la historia clínica del paciente así como los estudios complementarios:

() 17. Cuando doy una mala noticia solicito que al final de la entrevista el “informado” explique con sus propias palabras lo que ha escuchado:

() 18. Cuando doy una mala noticia como punto final hago un resumen de lo ocurrido en la entrevista y clarifico mis dudas:

() 19. Cuando doy una mala noticia pregunto al informado que tanto conoce del padecimiento o enfermedad:

() 20. Cuando doy una mala noticia intento orientar sobre soluciones viables permitiendo que el paciente sea quien decida:

() 21. Si un paciente se niega a ser informado, ofrezco una nueva oportunidad para hablar del tema:

() 22. Cuando doy una mala noticia intento demostrar al paciente que estoy de su lado y que voy a apoyarle:

() 23. Cuando doy una mala noticia pregunto al paciente si quiere que informemos a sus familiares sobre lo que está ocurriendo y las posibles complicaciones:

() 24. Cuando doy una mala noticia facilito y promuevo que el paciente hable y me cuente las emociones que está experimentando:

() 25. Cuando doy una mala noticia, al final analizo los sentimientos y actitudes que he experimentado durante el encuentro (huída, angustia, ansiedad, miedo...):

() 26. Cuando doy una mala noticia busco un lugar tranquilo y privado que respete la intimidad del “informado” asegurándome de no ser molestados:

() 27. Cuando doy una mala noticia utilizo términos sencillos del vocabulario del paciente, evitando en lo posible, el uso de terminología médica:

() 28. Cuando doy una mala noticia intento transmitir una sensación de calma, de que no tengo prisa, favoreciendo un ambiente de interés y respeto:

ANEXO 3

Respuestas a la pregunta número 1 del instrumento, que indaga sobre la definición de mala noticia.

1 MF. Dar información médica que genere inestabilidad, crisis paranormativas, preocupación, depresión en el paciente.

2 MF. Algo inesperado.

3 MF. Es algo no agradable, de forma inesperada.

4 MF. Información completamente necesaria para el paciente y familiares que implica un cambio radical en su estilo de vida y con repercusión tan grave como la muerte.*

5 MF. Una noticia inesperada sobre el estado de salud que predice un mal pronóstico.

6 MF. En el ámbito médico, mala noticia algo que ponga en riesgo la vida del paciente o la salud del mismo.

7 MF. Habilidad del médico clínico de expresar información negativa hacia su paciente o su familia de una manera veraz, humana, entendible y reproducible.

8 MF. Es dar a conocer al paciente sobre un diagnóstico que altera su estado de salud.

9 MF. Una mala noticia puede ser subjetiva, por lo que, para algunas puede ser malas y para otras pueden no serlo. Pero en términos médicos, sería dar un diagnóstico / pronóstico de alguna enfermedad o recaída.

10 MF. Informar al paciente o familiares de manera clara y concisa acerca de un estado patológico nuevo que ponga en riesgo la vida o calidad de vida del paciente.

11 MF. Cualquier enfermedad, pronóstico, tratamiento, mortalidad.

12 MF. La comunicación de un hecho que no es favorable para el paciente.

13 MF. Es una noticia inesperada que está fuera de lo esperado, que el que recibe puede modificar o transformar su futuro.*

14 MF. Algo que afecta a tu salud, entorno social o laboral.

15 MF. Es aquella información desagradable que se transmite y que genera angustia, miedo en el receptor.

16 MF. Información que provoca alteración en el equilibrio de la vida de cualquier ser humano.

17 MF. Es comunicar una patología, por lo general, con mal pronóstico que impacta por su evolución y puede cambiar la perspectiva de la vida del paciente por lo inesperado que puede ser.

18 MF. Darle a conocer a un paciente que padece alguna enfermedad que no se espera, o bien que ya tiene un diagnóstico implica también cuando se le explica que se está deteriorando, o que un tratamiento no está funcionando.

19 MF. Un mal pronóstico.

20 MF. Es informar a un paciente sobre una alteración a su salud que altera su dinámica de vida.

21 MF. Es informar al paciente sobre algún padecimiento que vaya a causar dolor tanto en él como en su familia.

22 MF. Noticia inesperada que cambia planes, pronósticos.*

23 MF. Noticia sobre el estado de salud de una persona. Generalmente diagnósticos sobre muerte, cáncer, patologías crónicas que no tienen cura.

24 MF. Información que altera mi bienestar biopersonal.

25 MF. Dar a conocer al paciente y/o a sus familiares una condición física que cambiará o tendrá impacto en su vida a partir de conocer su enfermedad y/o condición.

26 MF. Toda aquella noticia que trae como consecuencia un mal desenlace para la familia.

27 MF. Noticia que cambia el enfoque de una situación de manera negativa o sombría.

28 MF. Dar el diagnóstico y probabilidades y pronóstico de sobrevivencia de la enfermedad dada aunque no sea terminal, tal vez crónica.

29 MF. Un evento que va a cambiar la vida, perspectiva y proyección del futuro que tiene la persona.*

30 MF. Dar diagnóstico, pronóstico, evolución de una enfermedad. Anunciar fallecimiento.

31 MF. La comunicación de alguna enfermedad para el paciente que incluye la forma, el lugar, voz, lo que sabe el paciente, lo que desea saber, etc.

32 MF. Cuando se le tiene que comunicar al paciente una noticia que impactará en forma poco favorable en su vida.

33 MF. Se trata de una noticia que tiene un efecto negativo para la persona a la cual se le indica.

34 MF. Es dar la información necesaria al familiar y paciente, sobre su padecimiento, diagnóstico y tratamiento y determinar, si es necesario, continuar en caso de fase terminal, bajo mis principios médicos.

35 MF. Comunicarle al paciente alguna noticia que le pueda afectar su estado emocional, salud, calidad de vida, como DM, cáncer, SIDA.

36 MF. Toda aquella situación que se tiene que informar al paciente y/o familiar del paciente y que tiene un mal pronóstico ya sea para la función o la vida.

37 MF. Aquella información, diagnóstico o notificación que genera sentimientos de tristeza, angustia o de mérito en aspectos social, personal o familiar.

38 MF. La información que altere el ritmo de vida de la persona, en lo emocional, etc.

39 MF. Información con respecto a un paciente que indica un pronóstico malo o un fatal desenlace, o una información desagradable e inesperada.

40 MF. Toda aquella información que provoque una inestabilidad en el entorno biopsicosocial de un individuo y su familia.

41MF. Información nueva sobre un mal pronóstico.

42 MF. Padecimientos sin curas.

43 MF. Es un suceso no agradable para el receptor de la noticia.

44 MF. El informar al paciente sobre nuevo diagnóstico patológico o el pronóstico de la enfermedad.

45 MF. Alguna información que no es esperada y que repercute en el estado anímico de la persona.

46 MF. Aquella situación que desarmoniza el núcleo familiar y personal.

47 MF. Una noticia no muy optimista para la salud del paciente.

48 MF. Algo que genera un cambio irreversible en la vida.

49 MF. Una información que tenga una repercusión en el estado de salud negativo.

50 MF. Aquello que implica un decaimiento en el estado afectivo.

1 NF. Un diagnóstico de mal pronóstico del cual no sepa el paciente o la familia.

2 NF. Una desgracia sobre la condición de la salud de un paciente, una mala y desafortunada evolución de su enfermedad.

3 NF. Una situación que tenga que ver con el estado de salud de un paciente pero que tenga mal pronóstico.

4 NF. Defunción, enfermedad crónico-degenerativa; diagnóstico o pronóstico de cáncer; enfermedades graves.

5 NF. Información que repercute de manera negativa en la persona que la recibe.

6 NF. Pronóstico desfavorable o malo.

7 NF. Evento negativo inesperado.

8 NF. Un fallecimiento.

9 NF. Un evento negativo.

10 NF. Una información con matices negativos.

11 NF. La evolución del paciente ha sido adversa, no ha evolucionado de la manera esperada.

12 NF. Una noticia que puede ser percibida como algo negativo por parte del individuo que la recibe.

13 NF. Acto de dar una información que puede causar shock en otra persona.

- 14 NF. Un evento adverso.
- 15 NF. Cuando das una noticia y esta ocasiona un sentimiento desagradable.
- 16 NF. Informar mal pronóstico o muerte de un paciente.
- 17 NF. Toda aquella información que interfiere negativamente en la personas.
- 18 NF. Informar de una patología de mal pronóstico.
- 19 NF. Noticia desagradable (notificación), en contra de las expectativas del notificado.*
- 20 NF. Algo malo.
- 21 NF. Momentos o circunstancias desagradables a informar a los pacientes y/o personal médico.
- 22 NF. Una patología de mal pronóstico.
- 23 NF. Información difícil de resolver o afrontar.
- 24 NF. Una noticia no esperada.*
- 25 NF. Información que modificará de forma negativa la persona.
- 26 NF. Momentos o circunstancias desagradables o informar a los pacientes y/o personal médico.
- 27 NF. Algo negativo.
- 28 NF. Una información desagradable.
- 29 NF. Algo inesperado.*
- 30 NF. Información sobre enfermedad.

31 NF. Comunicar una enfermedad a cualquier persona.

32 NF. Noticia sobre muerte o enfermedad.

33 NF. Información que causa crisis paranormativa en el paciente y su familia, evento crítico.

34 NF. Información que afecta al paciente, emocionalmente, por ejemplo, comunicarle de una enfermedad incurable, va a cambiar la perspectiva a futuro.*

35 NF. La comunicación al paciente sobre una enfermedad i diagnóstico que tiene mal pronóstico.

36 NF. Dar noticia sobre cualquier enfermedad.

37 NF. Comunicar sobre fallecimiento, enfermedad, pronóstico a un familiar o paciente.

38 NF. Toda aquella circunstancia que implica pronóstico malo para la función y/o la vida del paciente, y que es necesario comunicar al paciente y a su familiar.

39 NF. Situación que implica informar al paciente sobre una circunstancia la cual puede afectar la función o la vida.

40 NF. Informar sobre enfermedad y muerte.

41 NF. Es comunicar un diagnóstico o sobre estado de un paciente.

42 NF. Comunicar sobre muerte o enfermedad.

43 NF. Decirle una noticia sobre fallecimiento o sobre el estado de un paciente.

MF: Medicina Familiar (residente).

NF: No familiar (residente)

*: Respuesta considerada como semejante a la definición más aceptada.

ANEXO 4

Respuestas a la pregunta número 3 del instrumento, donde se indaga si se conoce alguna estrategia para comunicar malas noticias.

1 MF. Técnica de 7 pasos.

2 MF. EPICEE.

8 MF. Aplicación de los 6 pasos.

10 MF. Buscar un lugar pacífico y tranquilo; hablar de manera clara para el paciente.

14 MF. EPICEE.

15 MF. Modelo de 6 pasos.

16 MF. Técnica de 6 pasos.

17 MF. Técnica de 6 pasos.

18 MF. EPICEE.

22 MF. Preparar el ambiente, qué sabe el paciente y qué quiere conocer.

29 MF. 6 pasos para dar malas noticias.

31 MF. Comunicación de malas noticias.

32 MF. EPICEE.

37 MF. Cómo dar malas noticias; documento, artículo.

39 MF. EPICEE.

1 NF. Decir paso a paso los resultados y probabilidades sin hacer conjeturas no fundadas; pregunto de lo que saben sobre el caso y qué esperan.

16 NF. Estrategia de los 7 pasos.

19 NF. Informar previamente el contexto y posteriormente la mala noticia.

MF: Medicina Familiar (residente).

NF: No familiar (residente)