



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

**“¿CUÁL ES LA OPINIÓN DEL MÉDICO EN FORMACIÓN, EL PACIENTE Y SU
FAMILIAR ANTE LA COMUNICACIÓN DE UNA MALA NOTICIA EN UN CENTRO DE
SALUD?”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

**PRESENTA
MARTHA TANIA RAMÍREZ IBAÑEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS
CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS**

2016

Registro
6341010316

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"¿CUÁL ES LA OPINIÓN DEL MÉDICO EN FORMACIÓN, EL PACIENTE Y SU FAMILIAR RESPECTO A COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN UN CENTRO DE SALUD?"

**PRESENTA:
DRA. MARTHA TANIA RAMÍREZ IBAÑEZ**

**AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM




DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

“¿CUÁL ES LA OPINIÓN DEL MÉDICO EN FORMACIÓN, EL PACIENTE Y SU FAMILIAR RESPECTO A COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN UN CENTRO DE SALUD?”

**PRESENTA:
DRA. MARTHA TANIA RAMÍREZ IBAÑEZ**

DIRECTOR DE TESIS



DRA CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

ASESORA DE TESIS



DRA MARÍA ELOÍSA DICKINSON BANNACK

Epidemióloga
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Profesora de la Subdivisión de Medicina Familiar
Facultad de Medicina, UNAM

“¿CUÁL ES LA OPINIÓN DEL MÉDICO EN FORMACIÓN, EL PACIENTE Y SU FAMILIAR RESPECTO A COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN UN CENTRO DE SALUD?”

PRESENTA:
DRA. MARTHA TANIA RAMÍREZ IBAÑEZ
AUTORIZACIONES



DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
Profesora Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Secretaría de Salud de la Ciudad De México



DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ
Director de Educación e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 20 Mayo del 2016

Dra. Maribel López Alquicira.
Jefa de Unidad de Atención Médica
TIII, "Dr. José Castro Villagrana".
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a usted en calidad de médico residente de 3 er año, del Curso de Especialización de Medicina Familiar, para solicitando autorización para llevar a cabo la fase de campo del proyecto de investigación titulado: "¿Cuál es la opinión del médico en formación, el paciente y su familiar respecto a comunicar malas noticias en un Centro de Salud'.

Dicha fase consiste en grabar la voz de las entrevistas de los pacientes seleccionados con enfermedades: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y cáncer, con su respectivo familiar; a médicos residentes, internos y pasantes; llevado a cabo en el aula de residentes.

No omito señalar que el protocolo tiene un número de registro 634-101-03-16, de la coordinación de enseñanza.

Los resultados pretenden que sean de utilidad para mejorar la atención que se brinda a nuestros pacientes



ATENTAMENTE:

MRMF: Ramírez Ibañez Martha Tania

Recibi
Maribel López

C.C.P. M.C. Consuelo González Salinas. Coordinadora de Enseñanza e Investigación



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

JCV/DIR/464/2016
Ciudad de México a 20 de mayo de 2016.
Asunto: Autorización a fase de campo.

M.C MARTHA TANIA RAMÍREZ IBAÑEZ
MEDICO RESIDENTE DE 3erAÑO
PRESENTE

Informo a usted que se autoriza la realización de fase de campo del proyecto de investigación, titulado: ¿Cuál es la opinión del médico en formación, el paciente y su familiar respecto a comunicar malas noticias en un Centro de Salud?, en las instalaciones del Centro de Salud.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

M.C. y M. A. H. MARIBEL LOPEZ ALQUICIRA
JEFA DE LA UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
C.S T-III Dr. "JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"



FJAMM

C.c.p - M.C Consuelo González Salinas - Coordinadora de enseñanza e investigación del C.S T-III Dr. José Castro Villagrana - Presente



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
5. Dirección Administrativa
Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana
Carrasco Esq. Coapa S/N, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050
Tel: 56 23 40 00, 56 23 40 01, 56 23 40 02
Fax: 56 23 40 03
cdmx@salud.gob.mx
salud.gob.mx

“Quiero que mis palabras digan lo que yo quiero que digan. Y que tú las oigas como yo quiero que las oigas”

Pablo Neruda.

DEDICATORIA

A mis padres, que con dedicación y cariño, se han esmerado en inculcarme lo mejor para la atención de los pacientes, por todo el apoyo durante la carrera, su comprensión, amor, acompañamiento y desvelos a mi lado.

A mis hermanos y sobrina que con su forma de ser, han hecho de esta travesía más amena, con sus cariños, apoyo incondicional y.

A mi esposo, que le debo toda su paciencia, apoyo incondicional y compañía durante todas mis metas.

A mis abuelos que son mi fortaleza y motivo de lucha.

Y principalmente a dios que guía mis pasos, dirige mis manos y hace que actué con bien para los pacientes y sus familias.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Consuelo González Salinas por el tiempo, la paciencia durante estos años aprendiendo la especialidad de Medicina Familiar

A la Dra. María Eloísa Dickinson Bannack por su apoyo y dedicación en este trabajo

A todos los médicos que de una u otra forma tuvieron en mí la influencia positiva para abordar mejores ideas para esta tesis.

Resumen

Ramírez IM, González SC, *“¿Cuál es la opinión del médico en formación, el paciente y su familiar ante la comunicación de una mala noticia en un Centro de Salud?”*

Introducción: las malas noticias se definen como “Contenido de una comunicación antes desconocida”, en el ámbito médico el contexto de dar y recibir malas noticias existen interacciones dentro del contexto interno (médico, paciente y familia) y el contexto externo (comunicación y el ambiente) que se relacionan directamente y generan diversas percepciones a las cuales se enfrentan cada uno, con consecuencias incluso de tipo legal. Sin embargo existe información acerca de cómo comunicar malas noticias de padecimientos oncológicos y muerte. Aunque también está comprobado que el médico no está preparado para dar malas noticias.

Objetivo: Analizar la opinión del médico el paciente y el familiar ante la comunicación de una mala noticia.

Material y métodos: Esta investigación es del área sociomédica, de tipo cualitativo, basado en la teoría fundamentada. La muestra se eligió por tabla de selección de segmentos, en un Centro de Salud de la delegación Tlalpan, durante Mayo a Julio 2016. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cáncer con sus familiares respetivamente; así como médicos internos, residentes y pasantes. Se llevaron a cabo entrevistas, el instrumento consistió en una cédula de información para el paciente, los familiares y el médico; donde se incluían dimensiones: cédula de información, Dimensión 2: opinión de los médicos en formación con respecto al contexto de dar y recibir malas noticias; Dimensión 3: opinión con respecto al contexto afectivo; Dimensión 4: opinión con respecto al contexto ambiental. Apegándose a las normas éticas y con autorizaciones previas. Se llevó a cabo la creación de etiquetas, codificación, generación de árbol de categorías, concluyendo el análisis por saturación de datos y triangulación de la información.

Resultados: Los médicos definen las malas noticias como negativo e inesperado y que trastorna la vida perdiendo equilibrio; a diferencia de los pacientes y familiares que lo consideran como algo que altere su estado de ánimo: *“pues aquello que, pues siento que es algo muy subjetivo porque pues una mala noticia para mi podría ser no sé, que estoy enferma, pero a lo mejor para otra persona pues no sería igual, entonces creo que es algo que podría cambiar como en ese momento mi estado de ánimo”*. Dentro del contexto afectivo de recibir y dar malas noticias, a pesar de ser médico, paciente y familiares, todos de alguna manera han dado y recibido malas noticias, influyendo en el médico ya que toma aspectos de su propia familia como parte de su experiencia, generando empatía y mejorando la comunicación de la mala noticia, no obstante significa que debes tener una experiencia personal para tener una buena comunicación con él paciente. *“...por los principios que me han enseñado, eh se me considero que se me ha enseñado a ser empático desde chico, a tomar en cuenta los sentimientos del paciente a quien estoy dado eh la información entonces creo que eso ha ayudado a la forma en que doy las malas noticias al paciente”, “pues yo creo que por el antecedente de que yo he tenido esa experiencia de que a mí me comunicaron que murió mi hermana y como yo di la noticia a mis papas antes de ser médico, entonces yo creo que si eso me, si me cambio la perspectiva de cómo, como hablar, hablarle a los pacientes para informarles algo mal”*; los pacientes ven al médico poco humano y por ende llegan a la defensiva sobre todo si hay familiares con ellos, pues al entrar con este, tratan de defenderlo. En el contexto ambiental los médicos consideran que no hay espacio adecuado y por la situación se da la noticia donde caiga, sin embargo están conscientes que no depende de ellos, pues hay cuestiones administrativas que influyen más que ellos; no así el paciente que engloba a todo el hospital como problema del médico olvidado que hay autoridades y cuestiones administrativas en los centros de atención médica.

Conclusiones: el conocer de una manera más precisa y desde la trinchera, es decir de parte directa del paciente y su familiar como del médico quien informa se compara con lo conocido y se enfoca a características de un todo ya que desde el escritorio, una puerta, una emoción, un estado de ánimo hacen que la mala noticia se desenvuelva como una mala noticia o mala experiencia. Además conociendo todos estos elementos que nos acercan a la realidad en las consultas diarias pues una mala noticia es cualquier diagnóstico o enfermedad, y nos damos cuenta que estamos fallando en la formación y enseñanza de cuestiones humanas, éticas, profesionales de la relación médico paciente en la comunicación de noticias.

Discusión: en vista de todas las opiniones de estas entrevistas concuerdan con los datos conocidos, el médico necesita enseñanza desde el momento de entrar a la carrera, escuchando al paciente, aunque hay cuestiones que no dependen del médico, del paciente o la familia. Las instituciones también deben saber lo que el paciente, familia y médico necesita, para mejorar la relación médico paciente y así la comunicación de las malas noticias.

Palabras clave: relación médico paciente- familia, comunicación de malas noticias, opinión.

Abstract

Ramírez IM, González SC, "What is the opinion of a doctor in training, the patient and his family about breaking bad news in a health center ?.

Introduction: the bad news is defined as "Contents of a previously unknown communication " in the medical field the context of giving and receiving bad news there are interactions within the internal context (physician , patient and family) and the external environment (communication and environment) that relate directly and generate different perceptions which face each, with consequences including legal type . However, there is information about how to communicate bad news of cancer suffering and death . Although it is also found that the doctor is not ready to give bad news

Objective: To analyze the opinion of the physician the patient and family before communicating bad news.

Methods: This research is of sociomedical area, qualitative, based on grounded theory. The sample was chosen for selection of segments table in a health center in the Tlalpan delegation, during May to July 2016. Inclusion criteria were patients diagnosed with Diabetes Mellitus, Hypertension and Cancer with their families; and medical interns, residents and interns. They conducted interviews, the instrument consisted of a writ of information for the patient, family and physician; card information, Dimension 2: where dimensions are included opinions of doctors in training regarding the context of giving and receiving bad news; Dimension 3: opinion regarding the affective context; Dimension 4: opinion regarding the environmental context. Adhering to ethical standards and with prior authorization. It took place the label creation, encoding, generation category tree, concluding saturation analysis data and triangulation of information.

Results: physicians define the bad news as negative and unexpected and upsetting life losing balance, however unlike patients and families consider something that alters your mood, "*For what, because I feel that is very subjective because as bad news for me it could be I do not know, I'm sick, but maybe for someone else it would not be the same, then I think it's something that could change as now my mood.*" Within the context of giving and receiving bad news, despite being a doctor or patient and family, all have somehow given and received bad news. So the bad news to influence the physician in training and awareness aspects of his own family as part of their experience, mostly thinking they had changed the way we deliver bad news from the first time I took him out. "... *By the principles that have taught me, eh I will consider that I have been taught to be empathetic from boy, to take the feelings of the patient to whom I am given account eh information then I think that has helped the way I give the bad news to the patient.*" For this way to give bad news affects the entire family personal context of the patient from family influence to treat patients like family to receive news about the patient "*because I think for the history that I have had that experience that I advised me that my sister died and as I gave the news to my parents before becoming a doctor, then I think that if I, if I change the perspective of how, as talking, talking to patients to inform something wrong*".

Conclusions: know more precisely and from the trench, is directly from the patient and their family and physician who advises compared to the known and focuses on characteristics of a whole since from the desktop, a door, an emotion, a mood make unwrap the bad news as bad news or bad experience. Besides knowing all these elements that bring us closer to reality in daily consultations because bad news is any diagnosis or disease, and we realize that we are failing in the training and education of human, ethical, professional questions of the doctor-patient relationship news communication.

Discussion: In view of all the views of these interviews are consistent with the known facts, the doctor needs education from the moment of entering the race, listening to the patient, although there are issues that do not depend on the doctor, the patient or family. Institutions should also know what the patient, family and physician needs to improve doctor-patient relationship and thus the communication of bad news

Keywords: Communication, bad news, opinion, relationship medical- patient- family.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	19
1.3 Justificación	20
1.4 Hipótesis de trabajo	21
1.5 Objetivos	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
2. MATERIAL Y MÉTODOS	22
2.1 Tipo de estudio	22
2.2 Diseño de investigación del estudio	22
2.3 Población, lugar y tiempo	22
2.4 Muestra	22
2.5 Criterios de selección	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de no inclusión	22
Criterios de eliminación	22
2.6 Variables	23
Definición conceptual	23
Definición operacional	23
2.7 Instrumentos de recolección de datos	24
2.8 Método de recolección de datos	24
2.9 Prueba piloto	24
2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos	24
2.11 Procedimientos estadísticos	25
Diseño y construcción de base de datos	25
Análisis estadístico	25
2.12 Cronograma	25
2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento	25
2.13 Etapas de la investigación	25
2.14 Consideraciones éticas	26
3. RESULTADOS	28
4. DISCUSIÓN	33
5. CONCLUSIÓN	34
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
7. ANEXOS	41

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

El médico y las malas noticias

Introducción

Para abordar este tema es importante conocer que una noticia médica es definida como “Contenido de una comunicación antes desconocida”, este hecho o suceso nuevo y verdadero, tiene consecuencias desconocidas^{1, 2, 3}.

Cuando esta noticia se altera o cambia la perspectiva afectando la visión futura de manera drástica y negativa, causando desarreglo emocional al paciente y su familia se llama mala noticia^{4, 5, 6}

El impacto de este tema surge a partir de los años 80's ante la protección agresiva del paciente al exigir más información, por el acceso fácil a la información y los medios de comunicación, aunque a veces no sea correcta. A causa de esto se han generado ideas, protocolos, manuales e incluso modificación a leyes o reglas a nivel mundial¹².

El hecho de comunicar malas noticias genera al médico, al paciente y familia incertidumbre, se tiene conocimiento que 93% de los médicos canadienses, 25% de los europeos y 18% de latinoamericanos piensa que debe decirse la verdad acerca del diagnóstico solo al paciente, sin embargo esto subestima y afecta la dinámica familiar, creando a su vez experiencias adversas en la comunicación y relación médico paciente^{13, 14}.

Todas estas influencias del entorno donde se desarrolla la mala noticia, influyen en la toma de decisiones del médico, paciente y familia; por ello es importante conocer todos los factores que participan, para establecer mejoras, con el conocimiento propio de aquellos que lo viven día a día, sea el paciente, la familia y el médico. Los cuales al saber sus experiencias pueden modificarse para mejorar la comunicación de las malas noticias.

Teniendo como conocimiento el contexto interno (medico, paciente y familia) y el contexto externo (el ambiente, unidad de atención...), es decir que un contexto son los medios o recursos necesarios para dar o recibir una mala noticia^{14, 68}.

¿Qué es una mala noticia?

Buckman y otros autores definen una mala noticia como aquella “que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”^{8, 13, 17}.

Existen factores que se desarrollan dentro, fuera y alrededor de dar y recibir malas noticias, que intervienen en el médico, paciente y familia que pueden determinar actitudes, consecuencias.

Un contexto es definido como el entorno de una situación de cualquier índole donde se considera un hecho, en medicina el contexto interno se refiere a la relación médico paciente, familia.^{1, 89}.

El personal que da la atención se relaciona con el paciente y familia al informarle sus noticias, considerando que el médico tratante debería ser el portador de información médica, sin embargo puede ser cualquier personal que se encuentre laborando en la unidad médica^{1, 6, 14}.

El personal de salud “son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud”, el cual se divide en personal médico que se constituye por: el estudiante de medicina, el de enfermería, la enfermera y el médico; y el personal no médico que se compone por: la trabajadora social, el ingeniero biomédico, empleados de intendencia u otros, este grupo en ocasiones puede tener contacto directo con el paciente y comunicar malas noticias⁸⁷.

Es importante conocer de esta persona que da la mala noticia, el género, su tipo de personalidad, la percepción que tiene, las decisión de incorporar al familiar o acompañante y como da la mala noticia.

El médico tratante es el principal recurso para dar malas noticias, ya que es el que conoce al paciente, sin embargo en ocasiones esta responsabilidad se delega a un médico de menor jerarquía justificándose en que deben forjar experiencia al médico en formación, además de que no se notifica constantemente la noticia del estado de salud por el mismo médico el convirtiéndose en mala noticia.

La actitud que el médico tiene hacia el paciente hacen que se clasifique como biologicista y poco humano, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) se encargó de clasificar las actitudes del médico según la percepción del paciente en el trato y comunicación dividiéndolas como: el mensajero inexperto, el experto, el médico agobiado, el experto sin tacto, el experto benevolente sin tacto, el médico distante y el profesional empático, con ello vemos que cualquier actitud hacia el paciente provoca una reacción¹⁶.

Los estudiantes son parte fundamental del proceso de aprendizaje, ya que 49 % de ellos tienen un plan de cómo hacerlo, 68% han pensado en esta tarea pero no la han llevado a cabo, 56% han visto a un médico hacerlo, de los cuales 75% lo percibió como una buena manera de comunicar noticias. Muestra importante de enseñanza desde el primer año de la carrera, puesto que se tiene conocimiento que 92% de estudiantes que reciben cursos con videos, juego de roles, discusión dirigida y escenarios superpuestos, desarrollan empatía y competencias medicas de cómo comunicar las malas noticias.

En Turquía como ejemplo, a los estudiantes se les enseña a preparar el entorno, comprendiendo de lo que el paciente sabe y quiere aprender, con empatía y un cierre final de su consulta, apoyándose entre ellos con lluvia de ideas, discusión en grupos con pacientes estandarizado, por lo que esto podría llevarse a cabo en otros lugares^{10, 15}

Los residentes son un apoyo importante para dar malas noticias, con respecto a ellos se tiene conocimiento que en medicina familiar, psiquiatría, gineco-obstetricia y pediatría

reconocen cometer errores, no tienen problema en la comunicación de las noticias, porque existe una mayor confianza en el residente que en el médico adscrito, por la actitud autocrítica, constructiva, positiva, receptiva hacia estos errores sin sufrir la llamada “Cultura de culpa”, hay gran empatía con el paciente, son más humanos, tienen mejor tacto para comunicar las malas noticias y le dan la prioridad a la comunicación en la entrevista clínica; aunque no todos los médicos tienen una formación específica interpretan mejor las señales no verbales que los de especialidades como cirugía, radiología o patología^{17, 18}.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en México, se evaluaron residentes de medicina interna y 80% refirió necesitar capacitación en la forma de dar malas noticias, reflejando la escasa capacitación durante la carrera, así mismo en el Hospital General de México más del 80% de los médicos acepto no haber recibido educación para informar las malas noticias y casi todos se han enfrentado a comunicarlas sin preparación previa ^{26, 19}.

Aunque la mayoría de los médicos aprendió a dar las malas noticias por modelamiento (aprendizaje por observación), o al ser delegados por otras jerarquías y no porque se lo enseñaran, algunos médicos defienden esta manera de aprendizaje, para forjar experiencia en la relación médico- pacientes, pero se destacan las deficiencias del personal médico, el desconocimiento o no valoración de la comunicación, la falta de empatía y confianza, falta explorar lo que desea, quiere, sabe y preocupa al paciente, provoca toma de decisiones erróneas ^{1,2}

Ante esta situación se ha propiciado una medicina defensiva con pérdida de confianza en la relación médico paciente y con ello una mala comunicación de las malas noticias, sin embargo aun con el conocimiento que los residentes tiene un índice alto de respeto al paciente, de información del estado de salud con pronóstico al familiar, al paso de los años se va volviendo deficiente y poco humano, favoreciendo problemas legales y demandas.

Otro personal importante son las enfermeras que también tienen contacto con el paciente, en Perú una de ellas desarrollo un curso, con apoyo de películas como las de Pedro Almodovar: “Flor de mi Secreto”, “Todo sobre mi madre” para concientizar al personal médico y generar ayuda emocional, habilidades comunicativas en situaciones críticas, y el uso del *counseling*, sustentando la triada del respeto, autenticidad y empatía (de Carls Rogers) el resultado de hacerlo es que 61% de los médicos mejoran su comunicación en la vida real¹⁴.

El género del médico a pesar de parecer discriminativo, debe ser considerado, ya que se tiene conocimiento que los pacientes perciben a las mujeres más sensibles a sus sentimientos, abiertas a los aspectos sociales y humanos; es decir pasan más tiempo con el paciente y por lo tanto el paciente expresa mejor su padecimiento y dudas, mientras que los varones favorecen un patrón biomédico y dan énfasis a la comunicación para obtener información y buenos resultados, sin poner atención a lo sentimental y emocional.

La personalidad del personal parece ser una barrera médica generadora de juicios morales, de valor personal, de ser empático y cordial, con capacidad de escucha, haciendo análisis del contexto psicológico del paciente, si quiere o no saber la verdad, sentimientos de

ineficacia e impotencia curar, miedo a no estar preparados, vergüenza a pedir ayuda, que además es generadora del síndrome de burnout ^{2, 3}

La percepción es un proceso cognitivo de la conciencia que capta el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios y opiniones en torno a sensaciones de un mecanismo vivencial en un ambiente, aunque otros autores consideran a este un estado subjetivo y abstracto del mundo externo y relevante, retoma información externa que crea abstracciones de juicios, conceptos, categorías etc.

Y al enseñarle al médico a mantener la calma, permanecer claro y lógico, lo que pudo aprenderse de manera equivocada por no dar información suficiente, no contestar dudas, ni usar el consentimiento informado y realizar solo cuestiones médicas; genera estrés, vergüenza a pedir ayuda y limitación del tiempo, impotencia, sentimientos de imposibilidad de curar, o de conocer, el miedo e incertidumbres diariamente^{15, 17, 22, 45, 54}

Dentro de las barreras más importantes son los miedos a causar dolor, pues se enseña a aliviar el dolor, a curar, pero no a provocar dolor, el sentimiento de culpa, al verlo como una falla terapéutica o poco conocimiento, en esta relación del médico-paciente- familiar, el sentirse culpable en ocasiones llega a la empatía con contratransferencia y transferencia, descarga ira y/o enojo en el médico y el paciente, sin embargo esto no es una falla, es miedo a lo desconocido, puesto que no se sabe o tiene miedo de lo que diga, piense y haga el paciente, familia y su entorno.

Otros miedos implican complicaciones legales, que van en aumento, junto a las múltiples quejas del paciente y familia, se conocen cifras de México del 46.6% señalada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) del Distrito Federal y las opiniones del Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS); contribuyendo a que cualquier error humano o del sistema tenga castigo penal o civil. Pues se puede considerar como un error propio del médico aquella falla en la cuestión administrativa ^{9, 5}.

El miedo de decir “no sé”, afecta la credibilidad si se dice y si no se dice, genera percepción del paciente de responsabilidad negativa, emociones, llegando a considerarlo un acto no profesional, debilitando su imagen médica ante el paciente y familia^{43, 65}.

En la manera en que se da la comunicación está la falta de intercambio de información y comprensión de la noticia que se da, compromete las competencias humanas y técnicas, que dependen desde los modelos de relación médico paciente hasta los tipos y técnicas de la entrevista. Es decir la comunicación en la relación médico paciente es muy importante y con más razón al dar noticia inesperadas.

Un autor llamado Rogers, refiere existen tres principios que facilitan la comunicación con personas que provienen de una cultura o educación diferente a la nuestra y son: ser genuino, cálido y empático; características que hacen falta en el personal médico³²

La comunicación de las noticias debe ser de entregada al paciente de forma verbal, formal, con un trato humano, directa (no a distancias, ya que los medios de comunicación han aumentado), mirada cálida, tono de la voz con firmeza, evitar en interrupciones repentinas, teléfonos sonando, o limitación de tiempo, complementada con la entrega de un folleto

informativo acerca de su padecimiento, con frases cortas y sencillas, sin tecnicismos, utilizando dibujos o gráficos, con letras atractivas y claras, sin porcentajes o datos estadísticos, puesto que los datos son dispares según la fuente³

Una parte importante de cómo se da la noticia es quien está presente mientras se da, el incorporar al familiar lo hace ser un elemento que el médico en ocasiones omite, ya que tiene miedo a que interfieran con su autonomía, confianza y la exploración al paciente; la falta de interacción en este trinomio se interpreta como una mala atención y trato, dudando de la capacidad del médico al generar la sensación de ignorar los síntomas y sentimientos del paciente- familiar, cuando este elemento puede aprovecharse para dar una mala noticia; 70 % de los médicos prefieren discutir la información con los cuidadores o familiares que con el paciente, y se debe a la falta de formación de habilidades de comunicar las situaciones no favorables, desde el momento de iniciar la carrera profesional, sin embargo esto genera apoyo, soporte emocional, compartimiento de sufrimiento disminuyendo el impacto emocional, con mayor soporte en el familiar, acompañamiento del sufrimiento, alivio compartido y solidaridad en la familia.

El 5% de los familiares prefieren darle la noticia a su familiar en lugar del médico, ya que sienten que no devastarían a su familiar; sin embargo algunos médicos refieren que la comprensión de los familiares sobre la situación de su paciente no favorece la toma de decisiones, por lo que 30 % de los médicos están a favor de revelar la verdad y 55% en contra, pero las leyes protegen al paciente con derechos y obligaciones del médico a decir la verdad al paciente, si esto se siguiera al pie de la letra mejoraría la toma de decisiones de manera responsable^{15,18,33,56}.

El Paciente, es el receptor de la mala noticia y por lo tanto tomar en cuenta sus características es importante, desde su ficha de identificación: la edad del paciente, estado civil, escolaridad, etc., ya que por ejemplo en pediatría se tienen que comunicar las noticias a los padres y no al paciente, pues se sabe que la edad menor de 5 años dificulta la comunicación de las malas noticias, al igual que un paciente de edad mayor, por la pérdida de los sentidos o con alteraciones físicas o mentales, incapacidades u otras características que hace que el paciente no sea responsable de sí mismo⁹.

La escolaridad ayuda o entorpece la forma en que se percibe la mala noticia, se conoce por estudios que el usuario profesionalista, percibe la comunicación con su médico como buena, con respecto a los que no tienen escolaridad, además a estos grupos se ha visto comúnmente más el uso de la medicina alternativa, por la falta de conocimiento aunado a su cultura, economía y tradiciones, concluyendo que a mayor nivel educativo el paciente no hace uso de la medicina alternativa y tienen mejor entendimiento de su información médica.

El nivel socioeconómico y sociocultural está vinculado también con la situación de desempleo, edad (joven- anciano), creencias, valores y normas que afecta en la interpretación de los mensajes.

En comunidades como las de África y Asia cuentan con buen rapport al comunicar malas noticias, pues su aspecto tradicionalista, la situación social y jerárquica es importante, la divulgación de las malas noticias es sólo a los miembros de la familia o personas geriátricas

y ellos deciden si el paciente recibe o no la noticia generando incertidumbre entre la tradición y ley; existen unos modelos de Beijing que consisten en manejar la situación con discreción en estas comunidades, mientras que en Nigeria la mala noticia es considerada inaceptable e intolerable pero 88.1% de la población no nativa prefiere que se dé junto a la familia y no sólo a la familia.

La pobre economía hace que el paciente no pueda acudir a lugares costosos donde se tiene la opinión que se brinda mejor servicio o atención con calidad y por ello acuden a lugares concurridos por la población como los del sector IMSS, ISSSTE o SSA; donde en ocasiones el seguimiento, apego al tratamiento y su recuperación lo ven afectados; esta situación es negativa para él paciente generando poca o nula mejoría por el poco apego a tratamiento, además se ha comercializado la atención médica colocando al paciente como “comprador” de salud y al médico como “vendedor” cuando se debe interesar en el bienestar del trinomio.

La percepción del paciente tiene que ver con sus miedos, los malos entendidos, dudas, la falta de información o de lazos profesionales con la familia; el miedo a perder la salud, el autocontrol de su cuerpo y vida; el no control de la enfermedad, el dolor ocasionado a la familia y a él mismo (físico y anímico), la soledad, a lo inédito, al cambio, al olvido, a no poder expresarse o cansar a su familia, a los gastos de atención, asuntos pendientes, a morir sólo y sin dignidad y al que futuro inesperado de la familia; por ello hacen la búsqueda de atención necesaria en muchos lugares, para ser cuidado y atendiendo; siempre con la incertidumbre de cómo será el trato recibido⁹.

El paciente percibe al médico como un científico, ven influyente su palabra con calificativo de efecto curativo, u otras interpretaciones, entendimiento. La percepción es muy subjetiva, como ejemplo la experiencia de las madres iraníes al recibir la noticia con un buen abordaje multidisciplinario, con información pronóstica, tomando en cuenta a otros familiares, generan en este trinomio un mejor análisis de la noticia, dumping, la comprensión e impacto no tan inesperado^{22, 33, 54, 63}.

Algunos pacientes al ver su pronóstico malo, se cierran a la información, pero siempre apreciara que el médico esté interesado en lo que dicen, en sus dudas de tratamiento y opciones de manejo, cada vez más las personas solicitarán una mejor atención, ser partícipes de las decisiones y recibir un trato digno por parte del personal de salud; cabe mencionar que además se influye en la calidad de consulta^{8, 12, 54}.

Con quién estar acompañado: ante las necesidades del paciente se sabe por estudios en padecimientos oncológicos, que el 50-70% de los pacientes desean saber su diagnóstico pero del 16-58% de los pacientes no desean saber su diagnóstico, al mismo tiempo la familia no quiere que se revele el diagnóstico en 61-73% considerando que el paciente tiene acceso a búsqueda de información y preocupación por parte del mismo. En Portugal aunque existen más problemas si el paciente se encuentra acompañado, ya que en ocasiones entorpecen el entendimiento y manejo de la noticia⁴.

La familia es un elemento importante en la interacción del paciente con el mundo, pues este llega a ser acompañante o cuidador primario del mismo, el cual se define como aquel que se involucra en el cuidado del paciente; existen cuidadores de diferente tipo, el de tipo informal que es la familia consanguínea, parientes, vecinos y amigos de su entorno social

que se involucran en el cuidado del paciente tanto en la unidad médica, el hogar y el entorno comunitario; no así el visitante que solo forma parte del círculo social, ya que es indiferente, no interactúa con el paciente y a veces está por obligación, no muestra interés, obstaculizando en ocasiones la recuperación, haciendo sentir al paciente como una carga.

Cuando la familia trata de proteger a su entorno hace uso de cuidadores, a este cuidado se le llama formal o profesional según la LAPAD y puede ser parte de una institución pública o entidad, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro de atención médica²²

El dar una mala noticia también puede generar conmoción, al no entender o comprender incorrectamente la información, mientras que si el paciente tiene la oportunidad de ir con un acompañante o familiar, la presencia de una o más personas ayuda al manejo y comprensión de la información, apoya al paciente a recuperarse del impacto y a sobrellevarlo^{56, 58}.

Los pacientes acuden solos, ya que siente que así no molestan, ni interrumpen a su familia; pero en otros al que la familia no se ofrezca, genera la sensación de que no importarles interfiriendo en su recuperación. La reorganización del tiempo afecta a la familia en el acompañamiento, cuidado y demanda del enfermo, las visitas a la unidad, la duración de la hospitalización, el tipo de tratamiento y la gravedad altera su rutina diaria.

En cuanto a la unión familiar se ha descrito que antes de la aparición de la enfermedad en la mayoría de los casos estaba más unida, sobre todo en pacientes graves y terminales y posterior a una noticia inesperada genera crisis paranormativas.

El estar pensando en una muerte solitaria, o una enfermedad viviendo solo se considera algo inhumano, por ello debería hacer hincapié en que todas las malas noticias se den con un acompañante, respetando la decisión del paciente; el acompañamiento, es saber estar al lado del enfermo, apoyarlo y escucharlo, tomando su mano, con disponibilidad y sentido del otro; “la incapacidad que sienten los familiares para afrontar la tensión emocional tras el diagnóstico de la enfermedad terminal”, se llama el fenómeno de la claudicación familiar; por ello el médico debe facilitar apoyo para la adaptación entre los familiares, así como existe la tanatología para enfermedades terminales o de muerte transportándolo a todas las malas noticias que debe ser en todas las enfermedades.

Las funciones del acompañante incluyen el apoyo antes de llegar a la unidad médica, las relaciones interpersonales en la unidad médica y la comunicación con el médico; por ello sin embargo Sporken y Louis-Vincent Thomas menciona que se debe dar todas las malas noticias con un acompañante para que este al lado del enfermo, apoyarlo y escucharlo, tomando su mano, con disponibilidad, sentido del otro, perteneciendo al entorno afectivo del paciente como un apoyo que significa el no abandono, ya que los problemas o repercusiones pueden ser detonantes⁶⁵.

La percepción del acompañante forman miedos al trinomio familia-paciente-médico y los más frecuentemente referidos son: perder a su ser amado, a verlo sufrir, a no poder ayudarlo, no apoyarlo o estar a su lado, a decirle la verdad, los gastos de su padecer, al futuro, al desamparo, a perder la fortaleza; y son los que se vuelven más demandantes,

exigentes y buscadores de la verdad e información, agilizando o entorpeciendo el tratamiento y mejoría del paciente, por este conocimiento los franceses saben que la familia se afecta sobre todo si el acompañante o quien reciba la noticia no es familiar directo y el más cercano.

Así mismo el sistema de salud mexicano tiene tres objetivos: la salud, cumplir con las necesidades y el pago justo por el servicio prestado y los familiares al tener este conocimiento tratan de responsabilizar al servicio también para deshacerse de sus miedos generadores de culpa.

Aunado a que el acompañante es parte importante de realizar los trámites necesarios en la unidad, aunque es más frecuente que los pacientes acudan solos a consulta externa y acompañados a los hospitales, si se hiciera en todos los niveles la comunicación entre el médico y el paciente podría ser más ágil, con efectivo apego al tratamiento al entender las indicaciones médicas de su familiar, facilitaría la expresión del paciente, bienestar físico, mental, y sería hasta una muy buena fuente de información, se incluiría a la toma de decisiones médicas²⁸.

Por ello la familia es importante, por ser un vínculo entre el mundo del paciente y el sistema de salud, sin involucrarlo en la intimidad del mismo, sin restringir su autonomía y confianza, es decir con respeto y consentimiento del mismo siempre y cuando desee este acompañamiento.

En el contexto externo, se caracteriza sobre las instalaciones, basada en la atención recibida por los pacientes, con características relacionados con la normatividad, la institución, el espacio físico, el tiempo dedicado en la consulta, e incluso la misma comunicación^{67, 87}.

El tiempo es un factor ajeno al médico que afecta el entorno de la comunicación, siendo una queja frecuente por la espera al recibir atención médica, y es una situación que tiene que ver con el volumen de consultas médicas que no permite otorgar a todos los usuarios una atención de calidad, concurriendo como falta de competencia médica al no saber entrevistar a un paciente de forma adecuada; ya que el paciente espera obtener información sobre su salud, a través de un tiempo razonable con el médico, marcado por el interés en lo que dicen, respecto a sus dudas⁵⁸.

Sin embargo en algunas instituciones se dedica menos de 10 min de tiempo en este aspecto, con más cantidad de pacientes y menos calidad de tiempo, por ello debe haber un momento adecuado para decir las malas noticias, pues en 10 minutos el paciente seguiría en su conmoción, poco entendimiento alargando su etapa de negación²⁵

El ambiente es el entorno físico donde se lleva a cabo la comunicación de las malas noticias, en el que interviene el tiempo, el espacio, la economía, el tipo de noticia que se da y el área de salud donde se genera, los cuales se describen a continuación:

El espacio es el lugar donde se da la noticia, el cual debiera ser cerrado y privado, donde no se sienta observado el paciente, idóneo para el duelo, sin gente, sin ruido, ni distractores, ni personas ajenas al paciente o familia ya que es parte del respeto al paciente, con ambiente agradable, pues no es lo mismo comunicar una mala noticia en la consulta

externa, urgencias u hospitalización, se tiene el conocimiento que los usuarios de consulta externa han visto mejor comunicación con respecto al grupo de urgencias u hospitalización solo por haberles dado la mala noticia en un consultorio y no en un pasillo como en algunos hospitales.

Pero la realidad es que ese lugar ideal y específico no existe, la mala distribución del consultorio, como las salidas detrás del mismo donde se lleva a cabo la exploración del paciente, permiten la entrada a terceras personas ajenas a la consulta creando en el paciente una sensación de invasión a la intimidad, incertidumbre y poca confianza, solo en algunos medios particulares existe, pero el factor económico del mismo influye; y lo que debería ser en todos los centros de atención médica no se da^{22,26,34,65}

El espacio físico depende de la institución de salud, el trato del servicio va desde el proveedor hasta el médico tratante, aunque este no dependa del mismo médico, pero predispone al paciente y familia escuchar o decir comentarios de sus propias experiencias.

Se evidencian en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003 y la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado 2005 de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, el peor desempeño son los hospitales de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]); por la sobrepoblación que genera la reducción del tiempo en las consultas y la explotación del médico al ver más pacientes en menos tiempo, resultando una comunicación fragmentada y en ocasiones hasta un diagnóstico y tratamiento no tan certero^{6,8,13,15}

La economía está íntimamente relacionado con todo, por la atención en cada institución, ya que los pacientes no tienen acceso a otros servicios o medicamentos por los pocos ingresos y el aumento del desempleo, haciendo una sobresaturación de los servicios públicos, las leyes protegen al trinomio, tomando como ejemplo el Plan de Acción del Consejo de Europa (2006), el cual menciona la participación del acompañante, cuidador, familiar para procurar la comunicación clara y comprensible que garanticen el respeto de la persona afectada y de sus familiares; también con la obligación del médico en ser profesional y humano, haciendo efectivo el derecho a la información y comunicación accesible con confianza³.

En México (la Ley General de Salud), Cuba y Uruguay establecen de manera obligatoria informar su mala noticia al paciente a menos que considerando su estado emocional y tomando en cuenta la opinión familiar, no se desea así siempre que se informe al Comité de Bioética para manejo de la decisión^{54,65}

La Institución de salud, donde se da la mala noticia interfiere en toda la percepción del trinomio, se sabe que la percepción del trato recibido en el servicio de salud depende del proveedor que lo proporciona, no solo el médico, ni el lugar, sino la institución, pues muchos pacientes están predispuestos a los comentarios o experiencias que han escuchado o vivido con ellos mismos, con familiares u otras personas.

Propiamente la comunicación es un elemento que gira alrededor de los elementos internos y externos; se define como el proceso de transmisión entre dos o más personas, que manifiestan o intercambian sus ideas, afectos, sentimientos, opiniones etc..., mediante el

habla, escritura u otras señales, siendo un elemento básico en la interacción humana, una habilidad de relacionarse y una competencia indispensable para la relación entre el médico-paciente y su familia^{3, 5, 7, 15}.

Es importante que el círculo de la comunicación entre médico-paciente-familia o cuidador aplique todos los tipos de comunicación, ya que esta nos ayuda a observar, integrar y abordar los problemas médicos.

Existen diferentes tipos de comunicación: Verbal, es la manera más formal y directa (darla en un consultorio u hospital); informal en lugares fuera del trabajo (casa del paciente); paraverbal: incluye la cualidad de la voz, el volumen, la entonación, la intensidad y el estilo (norteño...); no verbal es a través de señales, gestos, lenguaje corporal o contacto visual, tiene 3 elementos: es ambiental se refiere a la condiciones en que se lleva a cabo la comunicación, las características físicas y conducta de los interlocutores; escrita: contiene elementos no verbales, esta es importante ya que actualmente se ve más la de tipo electrónica que conlleva muchas dificultades y responsabilidades sobre todo de la confidencialidad, de ahí que se debe saber redactar y expresar de forma clara y concisa la información puesto que esto es usado por abogados o la comisión de arbitraje médico.

Dentro de estos tipos de comunicación la escucha activa es muy importante y se divide en diferentes tipos: Discriminativa: el receptor distingue los estímulos auditivos, visuales teniendo una evaluación; comprensiva: es decir comprender el mensaje; terapéutica: se escucha para ofrecer ayuda, apoyo y empatía al paciente; crítica: se evalúa el propósito del mensaje; apreciativa: se integra el distinguir señales visuales, auditiva, comprenderlo, procesarlo y apreciarlo^{12, 23, 41}

La comunicación interpersonal debe tomarse en cuenta, esta se divide en: Diádica (médico-paciente) y triádica: médico-paciente-familia, consume más tiempo y puede generar conflicto general. Con momentos diacrónico: es aquel en el que se genera confianza, puesto que genera más tiempo en investigar el ciclo familiar, obteniendo conductas anticipatorias y sincrónico: se ocupa de lo inmediato, el cual exige resolución sin separar lo diacrónico a corto plazo.

Se conoce por estudio que las personas que reciben noticias en su consulta médica, 83% hace uso de la vista, 11% del oído, 3% del olfato, 2% del tacto y 1% del gusto, por lo que se considera que la comunicación no verbal ejerce 5 veces más el efecto de comprensión del mensaje, que puede usarse a favor de comunicar malas noticias porque permite saber cómo el paciente capta y toma decisiones en ese momento diacrónico (el que se genera confianza ya que se trata de saber más del paciente como el ciclo vital de la familia) o sincrónico (se ocupa de lo inmediato), aunado a los modelos de atención sin caer en el paternalista²¹.

Se trata de generar una comunicación asertiva y aunque suena utópico y petulante, es aquella que toma la actitud de los demás y la propia con respeto, potenciando la empatía, donde se integra la experiencia y observación de manejar emociones, el usar comentarios apropiados, la escucha activa, la proximidad, la inversión del tiempo, la honestidad de la veracidad de la noticia, el transmitir las posibilidades y la paciencia del médico, para brindar una mejor calidad de la relación entre el médico y la información; para que influya

positivamente en el control de las enfermedades, la comunicación y apego al tratamiento; conteniendo el impacto inicial emocional de la información ya que es un evento traumático para la familia, que requiere tiempo para el duelo, predispone a la reacción del paciente-familia a una oportunidad de reparación^{4, 36, 42, 44, 35, 53, 61}.

Frecuencia y tipo de noticias

Las diversas áreas de salud han trabajado para mejorar esta comunicación, sin embargo tiene mayor estudio en los cuidados paliativos pues son los que se enfrentan a la muerte o enfermedades terminales día a día, en Roma esta área hace talleres para forjar habilidades a los médicos, Polonia toma este modelo integrando al equipo médico a la familia con la evaluación psicológica correspondiente para resolver dudas, pues algo que los pacientes asocian a estas malas noticias es el termino muerte^{22, 34, 56}.

La rehabilitación es otra especialidad que toma el lema “pensar como paciente” haciendo que el equipo médico se integre al duelo de la familia, pues la mayoría de sus pacientes tienen algún grado de incapacidad. Al mismo tiempo en pediatría la familia es el pilar más importante para dar la mala noticia, es la piedra angular de la recuperación de sus pacientes^{77, 78, 79}

Urgencias es una especialidad que se enfrenta más al familiar o cuidador que el paciente, pero la ansiedad y la falta de capacidad en la toma de decisiones favorece a la medicina defensiva, propiciando la pérdida de confianza en la relación médico paciente y con ello una mala comunicación de las malas noticias^{4, 6, 8}.

En ginecoobstetricia la atención prenatal, puede generar una mala noticia, al identificar factores de riesgo durante la gestación convirtiéndose en una crisis paranormativa, por ello se recomienda en cada consulta notificar los cambios de salud para un futuro no ser portador de una mala noticia, de preferencia con familiares o acompañante que hacen se amortigüe y atenúe la conmoción de la noticia^{12, 17, 34}

En un estudio en las salas de quimioterapia se observó que las experiencias y sentimientos del paciente debe ser explorada por el médico, ya que los pacientes lo comparten con otras personas, conocidos, familiares etc..., y en ocasiones los consideran más importantes que lo que su médico le informa, mal interpretando la información de la mala noticia.

El tipo de noticia no debería importar ya que todo diagnóstico es una mala noticia, pero se ha estimado más esfuerzo en las malas noticias de tipo oncológicas y muerte, es decir de tipo fatal entiéndase como aquella enfermedad irreversible que puede llevar a la muerte; y como letal aquella que tiene como consecuencia la muerte

¿Cómo se comunica una mala noticia?

Las situaciones de comunicar la mala noticia se vuelve difícil ya que generan angustia, ineficacia, rechazo, frustración en los profesionales, el paciente y su familia, es por ello que en estudios concuerdan que hacen falta competencias médicas para comunicar malas noticias para mejorar la percepción e incluso calidad de vida del paciente.

Alrededor del mundo se ha estudiado el fenómeno de las malas noticias, sin embargo aun así se sabe poco, se conoce solo el contexto médico, pero no al contexto completo que incluye el emisor y la propia comunicación además de que se han creado protocolos e incluso leyes con aporte para mejorar esta relación y comunicación pero no del tema de las malas noticias que viven los médicos día a día ya que el hecho de diagnosticar una enfermedad es una mala noticia y todos los médicos se enfrentan a estas día a día; se conoce que el 93% de los médicos canadienses, 25% de los europeos y 18% de latinoamericanos piensan que debe comunicarse la mala noticia y la verdad acerca del diagnóstico, sobre todo de enfermedades terminales solamente al paciente, para evitar afectar la dinámica familiar y experiencias adversas en la comunicación y relación médico paciente del cual depende el paciente^{3,5,8,14}.

En el contexto educativo es muy importante, el cual se refiere al entorno físico, cognitivo o afectivo donde se lleva a cabo una acción educativa para poder planificar y mejorar los aspectos de comunicar malas noticias^{68,69}

En Canadá se realizó un estudio para saber si los estudiantes sabían dar malas noticias y por ello también se les impartió un curso de cómo hacerlo, para ver si esto era trascendente o no.

Este curso consistió en videos instructivos, con discusión de cada uno de ellos, dividiéndose en grupos para desarrollar la respuesta empática, con juego de roles y escenarios superpuestos; de los cuales 68% había pensado en esta tarea pero no la había llevado a cabo; 56% habían visto a un médico hacerlo de estos 75% lo percibió bueno; el 49% tenía un plan de cómo hacerlo antes de un curso que se les impartió y 92%, comprendió la manera de cómo comunicar las malas noticias después del curso, esto muestra que es importante enseñar desde la etapa de formación médica; de ahí se generó un protocolo para comunicar la mala noticia que se mencionó anteriormente³⁴.

También se han llevado a lo largo del 2014, jornadas de Educación Médica continua sobre la comunicación de las malas noticias y de incertidumbre en pacientes pediátricos, en forma conjunta con la sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, que tuvo aportes bioéticos y recomendaciones, no así una guía, ni se ha enseñado a los médicos en formación solo a los que tuvieron acceso a estas jornadas.

En estudios del Hospital General de México, se ha encontrado que más del 80% de los médicos no recibieron educación para informar las malas noticias y que casi todos se han enfrentado a eso. Así mismo se conoce que el médico debe estar en constante actualización científica y ética, dando a conocer las noticias de manera clara, con explicación de lo que conlleva y resolver sus dudas, identificando la prioridad del paciente para abordarlo de mejor manera.

Se conoce que las competencias de los médicos tienen un papel fundamental en la comunicación de las noticias pues influyen en la calidad, duración de la vida de los pacientes por la toma de decisiones.

Para comunicar malas noticias en medicina hay que tener en cuenta las escuelas de medicina, sus programas, profesores e instituciones que forman al médico tanto básicamente como en el posgrado.

La enseñanza de la comunicación se debe basar en las ciencias sociomédicas: lingüística, psicológica y pedagógica, es decir multidisciplinaria, con estilos y acercamientos: multimetodológico, multidimensional abarca todos los tipos de comunicación, además de integrar la háptica que se refiere a manejar los tonos de voz, la proxémica que se refiere a utilizar el espacio físico de su alrededor y la cronémica se refiere al uso del tiempo en la comunicación no verbal; el objetivo es observar si el médico levanta barreras que dificultan la relación y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento en el paciente y su familia⁴³.

Se debe también identificar el abordaje de los encuentros difíciles, que se comprende en 5 pasos: reconocimiento de la dificultad, identificar la propia reacción (emocional y conductual), comprensión de sentimientos, conducta y perspectiva del paciente, redefinición de la relación y plan de acción conjunto, autocuidado del profesional.

Considerar en la educación médica 6 principios clave en dar las noticias: por el niño, adolescente, adulto joven, mayor y paciente senil y su familia; comunicación sensible y empática, entrega de información certera y apropiada; mensajes positivos, realistas y con esperanza; la importancia del trabajo en equipo; la planificación para comunicar el diagnóstico.

Las malas noticias no deben delegarse, deben hacerse frente y sin entenderlo como fracaso de la práctica médica. Quien trabaja con guías de cómo dar las malas noticias sufre menos estrés al comunicar noticias adversas, sin embargo se debe evaluar más la calidad del dialogo médico-paciente y la experiencia del médico.

Los derechos obligaciones que se han referido para el paciente y el médico son muy importantes ya que si se llevaran a cabo, las situaciones de la relación médico paciente mejoraría, la toma de decisiones sería responsabilidad y decisión compartida, al mismo tiempo que el sufrimiento y alivio

La cultura o educación forman parte de una buena comunicación, parte de esto está la palabra "hubiera" o el síndrome del pretérito que interfiere no solo en el impacto de la noticia sino en los sentimientos y carácter del paciente antes de dar y después de recibir una mala noticia, ya que la falta de conocimiento o enseñanza al médico durante su formación, no existe en algún plan de estudios como materia o taller^{11, 24, 36, 45}.

La debilidad médica es por falta de estrategias de instrucción y que depende de habilidades de la comunicación (el escucha, empatía y aceptación) son elementos claves de generar aspectos positivos (gestos, habla, movimientos) y negativos (rigidez de gestos, expresiones poco favorables), que deben tomarse en cuenta para entrenar al personal médico en la comunicación no verbal para comunicar malas noticias, para el cumplimiento de las prescripciones médicas, promover adecuadas conductas de salud, aumentar la eficacia terapéutica de los tratamientos^{5,7,12,16,22}

La manera de dar la noticia, debe ser de personal, directa, entendible, la postura del médico humana, evitar escenarios informales, considerar a la familia como interlocutor, dosificando la información y ver que la noticia mala o negativa vaya siendo soportable, dar esperanza si la tiene, tomar en cuenta que frases como “tranquilo”, “ya verás que se solucionara” reflejan seguridad, si no están fundamentadas en una argumentación no decirlas; no presuponer lo que sabe el paciente o quiere saber, siempre hay que darle la información y no dar por sabido que el paciente lo sabe todo^{7,12,34,28,29,30}

Se debe tener un equipo multidisciplinario que trabaje en evitar retener información al usar eufemismos, dar un pronóstico brindando protección del dolor que cause al dar la mala noticia, evitar delegar responsabilidades y quien debe dar la mala noticia es quien trate y conozca más al paciente; sin dar falsas esperanzas con responsabilidad de decisión mutua en su tratamiento; resolver las dudas del paciente y las exponga de una manera empática, que también el médico entienda lo que comunica, que se escuche al dar la información, no dar la mala noticia en el cierre de la consulta, evitar distractores al comunicar la mala noticia y con fines de que la tecnología no arruine esta comunicación no se recomienda dar noticias por teléfono o impersonales^{23, 36,37,46,49}

La British Medical Association (BMA) de Reino Unido sugiere que el médico debe enfrentarse al “tenemos que hablar”, es preparar el entorno al interesado; existe un manual de Oxford el cual da consejos con respecto a cómo comunicar las malas noticias, algunas son: Presentarse ante el paciente y/o familia, acompañante o cuidador, no apresurarse a decir nada más que “lo siento mucho”; no entrar en detalle, a menos que se pregunte, sin olvidar que no sentir asume la carga uno solo^{3,7,8,12,16,22,25}

Algunas recomendaciones acerca del ambiente de dar malas noticias, consiste en tener decoración relajante, no encerrar al paciente, dejarlo que tenga sentido del tiempo para transmitir seguridad; respetar el sueño del paciente, mantener en ratos conversaciones informales, evitar hacer comentarios que puedan mal interpretarse en su presencia³¹

Dar información es el objetivo, considerar que más es mejor es un error en la información, como se comentó debe darse dosis de información, recordar que la maldad de la noticia no puede ser modificada, su impacto sí; utilizar tecnicismos provoca confusión; tener prisa, hace que haya más errores; esquivar la expresión de emociones en la paciente, esconde el miedo propio; dejar al paciente sin esperanza, no debe mutilar cualquier señal de esperanza; debe ser congruente con otros colegas que hayan tratado al paciente; facilitar las emociones, aguantar los silencios, escuchar y no interrumpir; explorar temores, sensaciones, preocupaciones y recursos del paciente, no sobreproteger al paciente, hay que enseñar al paciente a priorizar objetivos y alternativas, respetar los derechos del paciente, evitar frases que no consuelan^{3,5,8,12,13}.

Estas ideas han sido tomadas de investigaciones y protocolos, se debe hacer uso de estrategias de enseñanza (Antes)- preinstitucionales, (durante)- coinstitucionales y (después)- postinstitucionales; con talleres, cursos, conferencias, role-play, análisis de videos con pacientes reales, discusiones y realimentación escrita, analizar y mejorar las conductas para la comunicación del “no” a pacientes demandantes.

La Universidad de Chile tiene 5 pasos para enseñar y son: identificar el abordaje de los encuentros difíciles, se retoma reconocimiento de la dificultad, identificar la propia reacción (emocional y conductual), comprensión de sentimientos, conducta y perspectiva del paciente, redefinición de la relación y plan de acción conjunto, autocuidado del profesional, las malas noticias no deben delegarse, deben hacerse frente y sin entenderlo como fracaso de la práctica médica^{33, 36}

Los diferentes programas y planes de estudio en instituciones educativas del país, entre otras la UNAM, en la facultad de Medicina solo existe una optativa denominada Aspectos Psicosociales en Medicina Paliativa y en sus contenidos aborda el tema de cómo dar malas noticias. Otros programas curriculares dentro de la misma universidad abordan temas de ética médica y el estudio de salud familiar. A nivel privado se manejan materias de ética y optativas como tópicos de tanatología^{4, 7, 10, 16, 18, 20}

Por ello la enseñanza en todos los médicos debe basarse en las ciencias sociomédicas y ser multidisciplinario, multimetodológico, multidimensional con 6 principios clave en dar las noticias: comunicación sensible y empática, entrega de información certera y apropiada; mensajes positivos, realistas y con esperanza; la importancia del trabajo en equipo; la planificación para comunicar el diagnóstico, con el objetivo de hacer que el médico levante barreras que dificultan la relación y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento en el paciente y su familia^{54,60.66}

Habilidades y estrategias de cómo dar malas noticias

Actualmente se disponen de diferentes guías y protocolos para enfrentar situaciones difíciles relacionadas a la salud.

Específicamente en relación a comunicar malas noticias, las pautas elaboradas por algunos autores como el protocolo realizado por Barley Buckman llamado SPIKES el cual cuenta con 7 etapas, que ha sido aplicado a pacientes con cáncer y muerte, observando que 52% de los pacientes asimilan positivamente la mala noticia con apoyo moral de la familia y solución de dudas, el cual maneja las siguientes etapas: ^{4, 14}

1. *Setting up*: es preparar el entorno, la privacidad, sin interrupciones y la preparación profesional.
2. *Perception*: es adecuar la información y explicar, e investigar lo que sabe y comprende el paciente, el manejo de comunicación verbal y no verbal.
3. *Invitation*: la recopilación de información del paciente y lo que desea saber el paciente.
4. *Knowledge*: uso del vocabulario adecuado, entendible, sin tecnicismos en la entrega de información.
5. *Emotions*: es decir mostrar empatía y emociones del médico al paciente y/o familia.
6. *Strategy and summary*: se trata de disminuir la ansiedad, responder a las emociones y sentimientos del paciente y/o familia, planteando un plan futuro.
7. *Autoevaluacion*: es la realimentación al profesional, acerca de cómo informo la mala noticia.

También el protocolo llamado SPIKES fue utilizado en la India, nombrado BREAKS el cual fue realizado por Narayanan, Bista y Koshy que consiste en: B- Obtener antecedentes. R-

Establecer Rapport. E- explorar los conocimientos del paciente. A-anuncian una advertencia. K- Sensibilización. S- resumen de la noticia. Rabow y Mcphee, son otros autores de importancia que crean un protocolo llamado, el ABCDE que consta en 5 pasos: 1. *Advance preparation*: Preparación anticipada, sin interrupciones. 2. *Build Therapeutic enviroment/relationships*: Crea un entorno para una relación terapéutica. 3. *Communicate well*: Comunicar bien, se puede dar contención y libertad de expresión al paciente. 4. *Deal with patient and family reactions*: Tratar las reacciones con pacientes y familiares. 5. *Encourage and valide emotions- reflect back emotions*: Fomentar y validar las emociones^{43, 23, 26}

Marcos Gómez Sancho deontólogo español, estudioso de la Medicina Paliativa escribió un libro llamado "Cómo dar las malas noticias en medicina", donde comparte que el médico debe asimilar primero la noticia y luego el paciente, ya que la información que se va a dar es brutal y el futuro del paciente depende mucho de cómo se lo diga el médico; en este el modelo incluye 20 pasos:

1. Seguridad de la información, clara y verídica,
2. un lugar tranquilo,
3. sin interrupciones para poder hablar en privado,
4. el derecho del paciente a conocer sus noticias,
5. comunicar es un acto humano, ético, médico y legal,
6. comunicar malas noticias es un arte,
7. averiguar lo que sabe el enfermo, averiguar lo que quiere saber el paciente,
8. averiguar lo que sí está en condición de saber el paciente,
9. esperar a que el paciente pregunte,
10. Ofrecer al paciente posibilidades,
11. No discutir,
12. No ser negativo,
13. Aceptar ambivalencias,
14. Lenguaje sin tecnicismos,
15. No establecer límites, ni plazos,
16. Graduar la información,
17. Respetar lo que el paciente quiere saber de su enfermedad,
18. Ser delicado,
19. Decir la verdad,
20. Amnesia pos información, que es cuando el paciente se le olvida la información por el shock que le ocasiono y como dice Rochefoucauld, no quitar la esperanza⁶¹

En un estudio se tuvo en cuenta que el objetivo de procurar conocer al enfermo y como le afecta sus enfermedades para apoyarlo en esta adaptación al cambio, es una habilidad que todo médico debe tener, misma que debe analizar la comunicación con:

- Positivos: Mirar al interlocutor, gestos de interés, facilitadores verbales en uso, estar sentado a su lado, con inclinación delante, brazos y piernas abiertas; expresión facial positiva, actitud tranquila
-
- Negativos: Alzar la ceja, fruncir el entrecejo, no mirar al interlocutor, rigidez del cuerpo, voltear la cabeza a cada rato, expresión de crítica e inquieta.

Algunas ideas de médicos familiares de Galeaga España con respecto al dar las malas noticias, recomienda tomar en cuenta:

- No valorar el entorno, ni el momento, es evitar escenarios informales, evitar en el personal que se afecten por situaciones personales, aunque hay enfermedades sobre todo en el servicio de urgencias que no es posible dar una adecuada mala noticia.
- Considerar a la familia como interlocutor, excluyendo al paciente, no es aceptable; privar a una persona del conocimiento, de una circunstancia puede modificar su expectativa vital.
- Crear seguridades prematuras: “tranquilo”, “ya verás que se solucionara”, reflejan seguridad, si no están fundamentadas en una argumentación.
- Presuponer lo que sabe el paciente, siempre hay que darle la información.
- Presuponer lo que el paciente quiere saber, ellos no comparten la visión del médico.
- Considerar que dar información es el objetivo, en tanto de lo que desea el paciente, la información solo es útil si puede ayudar al paciente a abordar su situación clínica.
- Considerar que más es mejor, la información tiene dosis e incluso ayuda en la terapéutica.
- Utiliza palabras de alto contenido emocional, la maldad de la noticia no puede ser modificada, su impacto sí.
- Utilizar tecnicismos, ya que provoca confusión.
- Tener prisa, hace que haya más errores.
- Creer que se ha dado información y esta es comprendida.
- Tirar la piedra y esconder la mano, es decir esquivar la expresión de emociones en la paciente, esconde el miedo propio.
- Dejar al paciente sin esperanza, no debe mutilar cualquier señal de esperanza.

Se debe tener en cuenta que la piedra angular de una buena calidad de relación médico paciente, con ello generar la buena comunicación, la aceptación de su atención médica, se da un mejor abordaje en comunicar la mala noticia al paciente y familia, creando un acercamiento entre estos, incluso para un mejor apego al tratamiento.

Consecuencias de dar malas noticias

La falta de intercambio de información hace que haya mala comprensión y compromete las competencias humanas y técnicas, incrementando los errores médicos y la actitud de ética médica. El intercambio se refiere al dar información y asimilarla o procesarla de cierta manera; la comunicación asertiva afecta positivamente la satisfacción del paciente y su familia, generando confianza en esta relación de médico-paciente; en cambio, una mala comunicación provoca estrés en la continuidad del trato, reclamo de mala práctica, angustia, ansiedad y duelo.^{22, 23,}

Elizabeth Klüber Ross, una autora de la comunicación de las malas noticias describe que después de comunicarla se presenta el duelo sobre todo de la muerte, con las etapas: negación, odio, negociación, depresión y aceptación; esta relación^{15, 18,}

La misma que está influenciada por el autocuidado del paciente, las relaciones interpersonales superficiales o complejas y finaliza con el tratamiento y pronóstico de su

enfermedad; que se deben aprovechar con fin de ofrecer mejor apoyo humano, sensible y orientación al paciente y familia^{22, 25}.

El duelo es una consecuencia de la pérdida de salud, el cual se define por el latín *dolus* que significa dolor, como un proceso que todos experimentamos, frente a una pérdida querida y valorada, o evento inesperado, donde se asume la sensación de vacío por una pérdida, por un sufrimiento o frustración, apareciendo cuando se logra ajustar a la nueva realidad, siendo un proceso de adaptación a la pérdida de algo significativo y se debe experimentar varias etapas: la sensación de vacío, darle importancia a la noticia, soportar el sufrimiento y la frustración^{15, 45, 54}

Este proceso que pasa el paciente, crea manifestaciones que se perciben en el antes, durante y después de dar una mala noticia, algunas son: incredulidad (vacío en el estómago, altera sueño y hambre), confusión (opresión en pecho y garganta, distracción), alucinaciones visuales o auditivas (boca seca, aislamiento social), preocupación con pensamientos frecuentes (debilidad), obsesión por recuperar la pérdida (palpitaciones), distorsión cognitiva (extrañeza y despersonalización), anhelo, tristeza, apatía abatimiento, ira, frustración, enojo, angustia, culpa, soledad, abandono, alivio.

En general al conocer estas dificultades el paciente se puede enfrentar a tratamientos útiles pero duros, la obligación legal en informar las noticias no debe ser rígido, pues sería una formalidad a cumplir, cuando en realidad es por humanidad dejar clara sus noticias³¹

En este aspecto también se encuentran consecuencias dentro de la consulta como el paciente hiperfrecuentador, la depresión e incluso acciones adversa para el paciente y familia como la muerte del mismo paciente, la depresión y decaimiento. Así como dentro de la familia se viven crisis que no se pueden superar^{69, 34, 65, 22}.

El médico debe estar en constante actualización científica y ética, dando a conocer las noticias de manera clara, tomando en cuenta estrategias (“como un plan, intención o maniobra pretendida a realizar intervención sobre una situación como proceso continuo en él tiempo”) y estrategias educativas (“procedimiento o recurso utilizado por el agente de enseñanza para promover aprendizaje significativo”) en las escuelas de medicina, sus programas, profesores e instituciones que forman al médico tanto básicamente como en el posgrado¹⁵

Muchos médicos se basan en su experiencia y observación donde manejan las emociones, la proximidad, la inversión del tiempo, la honestidad de la veracidad de la noticia, el transmitir las posibilidades y la paciencia del médico, para brindar una mejor calidad de la relación entre el médico y el paciente, la información del diagnóstico final como mala noticia, influye positivamente en el control de las enfermedades, como resultado extra de la relación, mejor comunicación, apego al tratamiento, control de la enfermedad.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Generalmente el término mala noticia se asocia a muerte y padecimientos oncológicos, mismas que han generado protocolos a nivel mundial de cómo comunicarla, pero todos los médicos se enfrentan día a día en informar todo tipo de noticias sin ser solamente esos diagnósticos; cualquier noticia que altere la perspectiva de manera drástica, negativa y provoque desarreglo emocional en el paciente y su familia también es mala noticia.

Es importante que todo el equipo de salud conozca el contexto donde se desenvuelve la comunicación de la mala noticia, principalmente el médico en formación, que está en capacitación constante y en contacto con el paciente y familia y al que en ocasiones se le delega la responsabilidad de informarlas.

Sin embargo lo que debería ser bien aprendido y aplicado no ocurre al no estar preparados adecuadamente, durante toda la formación médica y aprende por experiencia, por imitación o simplemente no lo afrontan y también responsabilizan a otros médicos de menor jerarquía.

La comunicación de una mala noticia no depende únicamente del emisor sino de otros factores como el tiempo, el entorno físico donde se desenvuelve la noticia, miedos, la percepción y el estado de ánimo del médico, el paciente y su familiar, entre otros que interactúan en el contexto de dar y recibir malas noticias.

La mala noticia puede al ser cualquier diagnóstico inesperado, que afecta al médico, paciente y su familia desequilibrando su vida, sobre todo cuando la información no se comunica adecuadamente, ocasionando terribles consecuencias como el poco apego al tratamiento, cambio en el estado de ánimo, crisis familiares, otras comorbilidades asociadas, toma de decisiones erróneas, duelo, la negación de la noticia entre otros

No obstante si se conoce el contexto en comunicar la mala noticia, directamente de los protagonistas, se puede mejorar la atención y la relación médico paciente y su familiar.

Es por ello que se planteó la siguiente pregunta:

“¿Cuál es la opinión del médico en formación, el paciente y su familiar ante la comunicación de una mala noticia en un Centro de Salud?”

1.3 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con diferentes reportes estadísticos a nivel mundial incluyendo México dentro de las primeras causas de mortalidad están las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades oncológicas y la Diabetes Mellitus.

En la Ciudad de México dentro de las 10 principales causas de mortalidad (2013) están las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos; y en relación a la morbilidad se encuentran dentro de las primeras 20 causas de consulta médica la hipertensión arterial, la Diabetes mellitus y los tumores malignos de mama^{84, 85}.

Más del 80% de los médicos no sabe dar las malas noticias, porque no han recibido la enseñanza adecuada durante su formación médica, el 61% de los médicos que toman cursos con el objetivo de mejorar habilidades de la comunicación asertiva y escucha activa mejoran la comunicación de las malas noticias^{16, 19}.

Es importante tener en cuenta quien recibe por primera vez la mala noticia pues de ello depende en gran medida la toma de decisiones; en algunos países 88.1% de los pacientes prefiere que se dé la noticia acompañado de un familiar para tener mejor rapport^{32,66}.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (2008) reporto que 80% de los residentes de medicina necesitaban capacitación para dar malas noticias¹⁶.

Así mismo más del 80% de los médicos no reciben educación para informar malas noticias durante la carrera médica^{16, 19}.

Por otro lado no existe en la literatura referencia acerca de cómo dar malas noticias más allá de las enfermedades oncológicas. Sin embargo el médico del primer nivel de atención se enfrenta a dar malas noticias de otros diagnósticos o procedimientos.

1.4 Hipótesis de Trabajo

No aplica por ser un estudio de tipo cualitativo, sin embargo por fines académicos se agrega una hipótesis de trabajo.

El personal médico que labora en el primer nivel de atención no sabe dar malas noticias a los pacientes y familiares cuando establecen los diagnósticos de enfermedades crónicas.

1.5 Objetivos

Objetivo general

- Analizar la opinión del médico, el paciente y el familiar ante la comunicación de una mala noticia.

Objetivo específico

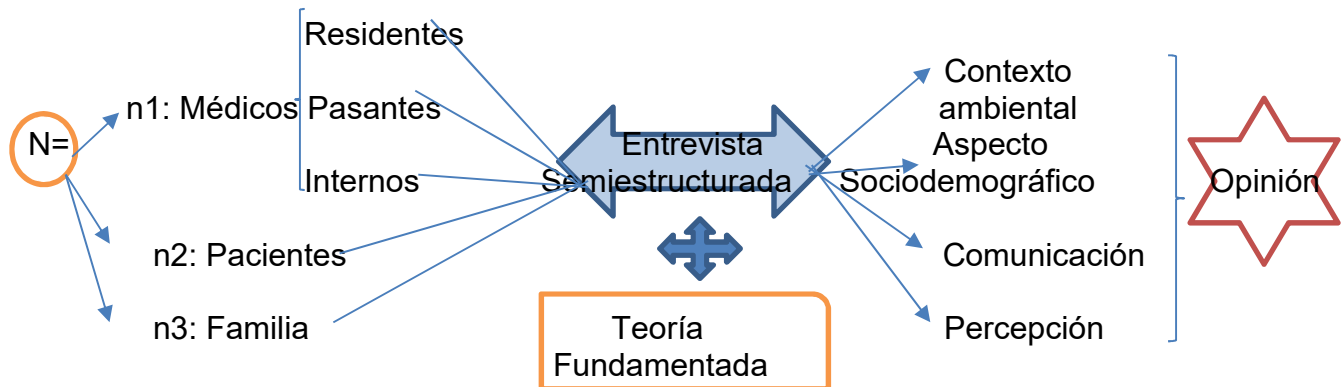
- Indagar el concepto de una mala noticia en el médico, el paciente y el familiar.
- Identificar las características del contexto donde se da la mala noticia.
- Describir que tipo de emoción percibe el médico, paciente y su familiar respecto a la mala noticia.
- Identificar quien da la mala noticia.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio

Investigación cualitativa del área socio médica.

2.2 Diseño de investigación del estudio



2.3 Población, lugar y tiempo

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cáncer, adscritos al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Familiares de los pacientes con los diagnósticos ya señalados que aceptaron participar en el estudio.

Médicos internos de pregrado, pasantes y residentes de los tres años, que se encuentren rotando en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Durante el periodo de mayo a julio del 2016.

2.4 Muestra

No probabilística por tratarse de una investigación cualitativa.

2.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y enfermedades oncológicas con su familiar, que acudieron al centro de salud Dr. José Castro Villagrana, que aceptaron participar a través del consentimiento informado en el periodo de estudio.

Médicos internos, pasantes y residentes que aceptaron participar a través del consentimiento informado en el periodo de estudio.

Criterios de no inclusión

Pacientes y familiares con problemas neuropsiquiátricos y otros diagnósticos no considerados en los criterios de inclusión.

Criterios de eliminación

Que no se entienda la información grabada.

2.6 VARIABLES

Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Cuantitativa	Edad en años cumplidos del paciente, familiar y médico	Ordinal	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue la identidad del paciente, familiar y médico	Nominal	1.Femenino 2.Masculino
Escolaridad	Cualitativa	Grado de estudio del paciente, familiar y médico	Nominal	1.Analfabeta 2.Alfabeta 3.Primaria 4.Secundaria, 5.Preparatoria 6.Licenciatura 7.Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Actividad que se realiza para lograr estabilización del paciente, familiar y médico	Nominal	1. Empleado 2.Desempleado 3.Obrero 4.Ama de casa 5.Profesionista 6.Otro
Estado civil	Cualitativa	Clase o condición de una persona según el registro civil del paciente, familiar y médico	Nominal	1.Casado 2.Soltero, 3.Viudo 4.Divorciado, 5.Unión libre
Opinión	Cualitativa	Conocimiento que se tiene al respecto de que es una mala noticia	*	Entrevista cualitativa
Sentimientos	Cualitativa	Estados de ánimo respecto a dar o recibir malas noticias	*	Entrevista cualitativa
Espacio físico	Cualitativa	Lugar físico donde se lleva a cabo la comunicación de la mala noticia	*	Entrevista cualitativa
Nivel de atención	Cualitativa	Nivel de atención donde se llevó a cabo la comunicación de la mala noticia	*	Entrevista cualitativa
Especialidad	Cualitativa	En que especialidad se comunicó la mala noticia	Nominal	1.Medicina familiar 2.Otra especialidad

(*)Estas variables no tiene escala de medición por ser un estudio cualitativo.

2.7 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de investigación se conformó por 3 tipos de entrevistas semiestructuradas dividida en 2 secciones: categorías para cada grupo poblacional (médicos en formación, paciente y familiar) y dimensiones (Anexo 1).

El mismo instrumento contenía una guía de entrevista (Anexo 2).

2.8 Método de recolección de datos

Previo a solicitud y una vez que las autoridades permitieron la realización de las entrevistas en el Centro de Salud se procedió a informar a los médicos en formación las características del proyecto invitándolos a participar de manera voluntaria, los cuales accedieron previo consentimiento bajo información.

Respecto a los pacientes fueron entrevistados los que acudieron a consulta el día de la entrevista y que contaran con los criterios de inclusión.

También se les solicitó su consentimiento bajo información.

(Ver Anexo 3)

Las entrevistas se llevaron a cabo en el aula o consultorio de manera confidencial, con un equipo de audio para grabar las entrevistas, tomando como tiempo máximo establecido de 20 minutos.

Se procedió a transcribir las entrevistas.

2.9 Prueba piloto

No aplica.

2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos

Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo investigador, en un ambiente cómodo dentro del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, especificando que esta entrevista es para mejorar la calidad de la atención.

Las entrevistas y los consentimientos informados son confidenciales, la entrevista se realizó con empatía y respeto, para formar confianza en la relación médico paciente y sean lo más real posible las respuestas, con el conocimiento de que la veracidad de la información dada por el médico, el paciente y sus familiares no se puede verificar; y las variables son de opinión y evaluación subjetiva, se esperan las posibilidades de sesgos de información

2.11 Procedimientos estadísticos

Diseño y construcción de la base de datos

Para el diseño y construcción de la base de datos, se procedió a la creación de etiquetas cuya finalidad fue la personalización del entrevistado a partir de un rótulo el cual tiene la siguiente información: la secuencia de la entrevista, el tipo de entrevistado, turno, la fecha y sexo del entrevistado.

Una vez que se contó con el resultado de las entrevistas las respuestas se codificaron para describir las respuestas y generar el árbol de categorías y analizar los resultados.

Análisis estadístico

No aplica.

El análisis de resultados fue con base a la triangulación de información y basada en la teoría fundamentada y la saturación de datos que consiste en acceder a los puntos de vista como forma de contrastación y enriquecimiento de la interpretación. La triangulación intenta brindar un punto de equilibrio en las interpretaciones del investigador y los puntos de vista de otros investigadores. El resultado es la mezcla de datos con puntos de comparación sucesiva y continua, por otra parte la saturación indica la aceptación que algo es válido y aceptable con conocimiento de terceros o personal⁸⁸.

2.12 Cronograma

(Ver en ANEXO 4)

2.13 Recursos

Recursos Humanos

Investigador responsable.

Recursos Materiales

Equipo de cómputo, hojas bond, bolígrafos, lápices, engrapadora, grabadora; Instalaciones de la unidad de salud, impresión de la guía de entrevista.

Recursos Físicos

Consultorio y aula de enseñanza de la unidad.

Financiamiento

Autofinanciado.

2.14 Consideraciones éticas

Este protocolo se adhiere a las recomendaciones de los siguientes documentos. La Declaración de Helsinki correspondientes a los numerales de la última revisión⁸⁷:

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica al dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación; debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

La Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO correspondientes al:

Artículo 3: dignidad humana y derechos humanos

Artículo 5: autonomía y responsabilidad individual

Artículo 6: consentimiento, numerales 1 y 2

Artículo 9: privacidad y confidencialidad

Artículo 10: igualdad, justicia y equidad

Artículo 18: adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas numerales 1, 2, 3.

El Reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación para la salud de México, correspondientes al título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículos 13. El cual se refiere al respeto de la dignidad y protección de derechos del humano en estudio.

Artículo 14. Fracción V, VI, VII, que se ajusta a las bases de llevar a cabo la investigación sobre todo se aplica en la utilidad del consentimiento informado por escrito, realizada por profesionales para cuidar la integridad del paciente

Artículo 15. Para evitar daño al seleccionar la muestra

Artículo 16. Al proteger la privacidad de cada uno de los entrevistados, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice

Artículo 17. Fracción 1: investigación con riesgo mínimo ya que a pesar no realizar procedimientos de intervención física hacia paciente si hay emocional.

Artículo 18. El investigador suspenderá el estudio si hay riesgo o daño al sujeto en estudio.

Artículo 20. El consentimiento informado debe ir por escrito explicando los procedimientos o riesgos al sujeto de investigación con capacidad libre de elección.

Artículo 22. El consentimiento debe tener información de lo que se trata el estudio, aprobado y revisado por el Comité de Ética de la Institución de atención a la salud. Deberá ser firmado por dos testigos y el sujeto de investigación y si este no supiera firma puede hacerlo con su huella u otra persona que designe.

Por lo anterior este estudio se clasifica como de riesgo mínimo ya que a pesar de no tener implicaciones físicas si tiene de tipo emocional.

3. RESULTADOS

Se entrevistaron en total a 18 personas dentro de los cuales, los médicos en formación fueron: 6 médicos residentes, 2 médicos pasantes y 4 médicos internos, la mitad fueron femeninos y la otra masculinos.

Con relación a las edades de la población de médicos internos los rangos de edad se encontraron menores de 30 años, de los médicos pasantes entre 30-35 años y de los médicos residentes de 30-45 años.

Respecto a los pacientes tenían 53, 70 y 69 años, de los familiares eran de 22, 45 y 28 años; se entrevistó a un paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cáncer de mama con su respectivo familiar. (Ver tablas 1,2)

Tabla 1. Distribución de los médicos en formación por grupo de edad, sexo y ocupación

CATEGORÍA	EDAD	GENERO		TOTAL
		M	F	
Médicos de pregrado	-30 AÑOS	2	2	4
Médicos pasantes	30-35 AÑOS	1	1	2
Médicos residentes	35-45 AÑOS	3	3	6
TOTAL				12

Tabla 2. Distribución de los pacientes y familiar por grupo de edad, sexo y ocupación

CATEGORÍA	EDAD	GENERO		TOTAL
		M	F	
Pacientes	65 A 85 AÑOS	2	1	3
Familiares	25-45 AÑOS	2	1	3
TOTAL				6

Al analizar las entrevistas de los diferentes contextos, se obtuvo los siguientes resultados:

Contexto conceptual

¿Qué concepto tienen de una mala noticia?

Los médicos en formación definen las malas noticias como negativo e inesperado y que trastorna la vida perdiendo equilibrio ***“Pues sería aquella que trastorne la estabilidad de mi vida diaria, que me presente un futuro desalentador.”***

En el grupo de pacientes y familiares, lo consideran algo que altere su estado de ánimo: **“pues aquello que, pues siento que es algo muy subjetivo porque pues una mala noticia para mi podría ser no sé, que estoy enferma, pero a lo mejor para otra persona pues no sería igual, entonces creo que es algo que podría cambiar como en ese momento mi estado de ánimo”**.

A diferencia de los pacientes, los familiares lo asocian a su familiar: **“saber que mí, que el paciente tiene una enfermedad ya tan, tanto en etapas avanzadas, como saber que no se pueda hacer nada o muy poco”**

Contexto afectivo

¿Cómo se sentía antes de dar o recibir la mala noticia? y ¿Cómo se sintió después de dar o recibir la mala noticia?

El médico en formación de alguna manera comenta que ha dado y recibido malas noticias, la mayoría consideran los diagnósticos de enfermedades crónicas como malas noticias; y en cuanto a experiencia se refiere de comunicar malas noticias, se retornan a la experiencia más importante más que a la primera noticia que informaron como médicos, y en lugares no idóneos de informar tanto a su primer experiencia familiar como médica; en gran parte todos han dado noticias a su propia familia, cuando antes ni después de concluir su profesión se les ha enseñado a dar malas noticias, (**“pues aprendí con la practica ya que nadie te enseña, en el internado te envían a dar malas noticias, sin una preparación previa”**); aprendiendo de la observación y del error, aunque como algunos afirman esta experiencia puede ser buena o mala para que en un futuro comuniquen malas noticias **“Pues yo creo que conforme se hace uno medico desde que uno interno, ya a uno lo ponen a dar informes a los familiares de que se va operar o se va a hacer un procedimiento a su familiar, desde entonces uno se vuelve sensible o insensible para dar buenas o malas noticias”**.

En cambio, algunos que aún no han tenido experiencia en comunicarla personalmente, si han estado presentes e interactúan como visuales del acontecimiento

La percepción que han tenido es con respecto al trato y la forma que dan la noticia que reciben de alguien. Sin embargo al comunicar malas noticias todos se perciben que informaron adecuadamente y la percepción del paciente en su mayoría en servicios que difieren a un centro de salud, hacen mención no fue adecuada y fue en un consultorio. **“muy para mí se me hizo muy déspota, porque nos dijo este, usted se va a mor..., este usted ya no tiene arreglo, usted se va a morir, le va a dar otro infarto, usted se va a morir. Tal como se lo estoy diciendo así nos lo dijo. Entonces salimos con el ánimo en el suelo. Hoy mi esposo se atendió en otro lado y lo está contando y está totalmente rehabilitado”**

En el contexto afectivo del médico se condiciona a la empatía e incluso se puede hablar de transferencia y contratransferencia, **“Pues yo creo que entre familiares es distinto ¿no?, porque te impresionas y es como pues, no pues, tienes la presión alta, yo creo que tenemos que hacerte, pero no, o sea yo así llorando ¿no?, claro tristeza”**

En el contexto afectivo del paciente se encontraron miedos e inseguridades de comunicarse y de saber cómo son tomados tanto para dar como recibir malas noticias, **“Eh inseguro, porque nunca nos preparan en la carrera para dar malas noticias”** sin embargo otros lo toman como algo cotidiano y cansado en diagnósticos más comunes, **“Pues es que, de cáncer no me ha tocado pero creo que ese es un tema mucho más complicado que de hipertensión o diabetes, en hipertensión y diabetes me siento bastante cómoda dando el diagnóstico”**.

Algo que concuerdan los médicos y los pacientes con su familia que recibe malas noticias es que la verdad y la sinceridad hacen que la noticia no sea tan mala y se encuentren salidas de ayuda. **“Me sentí tranquila porque considero que los pacientes siempre deben conocer la verdad.”**

En el momento de saber quien acompaña o debería estar con el paciente al recibir la mala noticia, el paciente no desea estar solo y estar con el familiar más allegado, sin embargo por la parte médica prefieren preguntarle al paciente y aunque no sea el familiar más allegado si sea el más centrado para tomar decisiones en ese momento **“como en este momento que mi hija viene conmigo uno se encuentra más respaldada por ellos, hay situaciones que en ese momento pues no estaban mis hijos conmigo estaba yo sola”**

Las responsabilidades de dar la noticia han sido involucradas con la experiencia para el médico en la relación médico paciente, sin embargo también estos que han sido delegados, llegan a delegar, solamente aquellos que tuvieron experiencias personales familiares demuestran más empatía y dan directamente al paciente la noticia sin evitar ser ello o delegar responsabilidades a los de menor jerarquía. **“...recuerdo que me, me pidió un médico adscrito que diera, fue en el servicio de urgencias..., la verdad no me sentía listo para hacerlo, salí y lo, se lo dije a los familiares les dije que lo sentía mucho y este, yo creo que justo por la edad del paciente y bueno una mala noticia fácil dentro de lo que cabe”; “cuando era estudiante, la primera ocasión que tuve que dar diagnósticos de, pues todos esos tipos, con apoyo de mis profesores a un lado pero que de alguna manera me dijeron pues adelante da la mala noticia tú”; “Cuando era interno, nos mandaban a decir pues que pacientes este tenía que operarse, este que, riesgos de la cirugía o de plano que ya había fallecido en el peor de los casos”**

Contexto ambiental

¿Cómo fue el lugar donde dieron o recibieron la mala noticia?

El médico la oportunidad de estar con el paciente, lo cual no se prepara, sin embargo los pacientes perciben que aunque se de en un consultorio no tienen características de ser comfortable. **“Era un consultorio muy reducido, feo, eh, eso es lo que me acuerdo... no, no había luz y reducido... Dividido en dos consultorios divididos por una cortina”**

De alguna u otra manera la familia es parte importante, aunque muchos médicos no saben que es ciclo vital de la familia, algunos sin saberlo tratan de buscar redes de apoyo en la familia conociendo indirectamente en qué etapa del ciclo evolutivo se encontraba su paciente al dar malas noticias. **“pues conocía a sus familiares que lo iban a visitar, a sus hijos y a su esposa que era la que estaba constantemente en el hospital, pero no**

sabía su dinámica, ni que parte del ciclo estaba.” “... ¿el ciclo evolutivo de su enfermedad?”

La elección o selección de que familiar pasa con el paciente, el paciente lo considera personal ya q que menciona desea tener apoyo dentro de su momento de angustia al recibir malas noticia. **“Pues el Dr. que me la dio muy tranquilo eh, y me dijo que bueno que, yo viví mucho tiempo en un estado de angustia así por un problema que tuve, entonces eso se disparó con mi presión , si porque como no podía yo, como le diré, era tragarme yo mi situación de aguantarme y eso mismo fue lo que desato la presión el problema él me dijo y aparte de todo esto ya su edad no le favorece, y le dije pues si ya soy un persona mayor y precisamente por eso el control sobre todo sobre las emociones, saber manejarlas”**

Por lo que el dar malas noticias influye en el medico en formación y toma aspectos de su propia familia como parte de su experiencia, pensando en su mayoría hubieran cambiado la manera de dar malas noticias desde la primera vez que lo llevaron a cabo. **“...por los principios que me han enseñado, eh se me considero que se me ha enseñado a ser empático desde chico, a tomar en cuenta los sentimientos del paciente a quien estoy dado eh la información entonces creo que eso ha ayudado a la forma en que doy las malas noticias al paciente”**

Influyendo en cambios positivos al paciente al recibir las malas noticias, y cambian de manera drástica hábitos considerando los niveles de prevención. **“Si claro. Para primer preocuparme por mi salud, por mi propia salud y para cómo hacer un, un alto, y ver revisar que estaba mal y que podía hacer para mejorarlo...en cuestiones nutricionales si teníamos malos hábitos eh, malos hábitos me refiero a, eh si comíamos cosas en nuestra dieta que tal vez no eran propias para esas enfermedades y posterior ha cambiado mucho y hemos nos hemos beneficiado todos”**

Al término de las preguntas, los entrevistados externaron diversos tipos de sugerencias:

Recomendaciones

¿Qué recomendaciones darían para comunicar o recibir malas noticias?

Este aspecto los médicos hacen referencia a causales dentro del sistema de salud, desde las condiciones de infraestructura hasta las condiciones médicas en correlación a la relación médico paciente y su propio contexto emocional.

El médico es portador de experiencias buenas o malas al recibir o dar malas noticias y todas ella concuerdan con la parte teórica, que nos menciona que no se enseña a dar malas noticias, los factores externos al médico que de cierta forma condicionan el ambiente donde se desenvuelve esta comunicación: **“ya las personas mayores como yo somos muy vulnerables a los cambios emocionales entonces porque cuando nos dicen una noticia así este, ya sentimos como que ya nos vamos a morir entonces este precisamente he tomado esto con más calma, y trato de ser más, como le podría decir con más sutileza porque a veces también depende del carácter de la persona, ya que a veces los médicos son medios drásticos, así medio fuertes”, “Principalmente**

siempre lo he dicho, este, sensibilizarse al que, que tienen enfrente es una persona no es alguien que no siente, o que no piensa o que no se preocupa, o sea saber que es una persona y que de quien estamos hablando es un familiar una persona querida pues es como ponerse un poco en los zapatos de esa persona y no perder esa, esa, este esa delicadeza”.

También los médicos dan aportaciones por lo que viven día a día en sus instituciones ***“primero el lugar en donde lo vas a dar obviamente que tiene que ser en un lugar donde no sea muy público porque pues a nadie le gustaría que eh le dijeran algo malo enfrente de todos, en segunda pues saber que tanto sabe el paciente”. “O sea son varios aspectos, o sea primero debes de siempre conocer como el estado del paciente, primero el lugar en donde lo vas a dar obviamente que tiene que ser en un lugar donde no sea muy público porque pues a nadie le gustaría que eh le dijeran algo malo enfrente de todos, en segunda pues saber que tanto sabe el paciente ¿no? Delo que tiene, porque pues muchas veces puedo llegar y no saber nada del paciente y decirle sabe que tiene cáncer entonces siempre preguntar así ¿No?, pues usted que sabe acerca de su padecimiento? Entonces eh, eso también eh, el también poder determinar pues quien quiere que sepa el paciente, porque pues muchas veces podría decirle al familiar pero qué tal si el paciente no y al fin y al cabo es el pues quien determina entonces pues todo esos factores, saber tanto los factores ambientales o sea en lo que esta ehh pues también con respecto al paciente”***

Los pacientes y familia mencionan un lugar ideal donde se de las malas noticias, sin embargo hay que enfrentarse a las cuestiones políticas y económicas de la institución, así como enfrentarse a distintos tipos de población, donde el médico no tiene acceso: ***“no es lo mismo dar una mala noticia a una mamá de que su hijo que va a fallecer ¿no?, a la mala noticia de que un viejito de noventa y tantos años va a fallecer, entonces pues eso hay que tomar en cuenta las circunstancias de, en las que se está dando la mala noticia, el ambiente en el que se está dando ¿no?, buscar un lugar adecuado para dar la mala noticia y este y, pues nada, enseñarse a dar malas noticias si uno no se considera que es, tiene la capacidad de darlas”***

Pues esta manera de dar malas noticias influye en todo el contexto personal familiar del paciente desde la influencia familiar para tratar pacientes como la familia al recibir noticias sobre el paciente ***“pues yo creo que por el antecedente de que yo he tenido esa experiencia de que a mí me comunicaron que murió mi hermana y como yo di la noticia a mis papas antes de ser médico, entonces yo creo que si eso me, si me cambio la perspectiva de cómo, como hablar, hablarle a los pacientes para informarles algo mal”***

4. DISCUSIÓN

Se identificó en términos generales que los médicos en formación no saben dar malas noticias, así como García y cols lo mencionan, en un estudio realizado con residentes de México en los hospitales como el General de México y el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, donde se ha estimado el 80% de los médicos no saben dar malas noticia y los mismos 80% refieren necesitar esa enseñanza¹⁸.

Por otro lado se señala que no se enseña en las facultades o universidad como dar malas noticias, de los internos uno tiene la idea de como pero no se han enfrentado a esta situación directamente, sin embargo solo uno refirió haber tomado un taller por su cuenta propia de tanatología, ciertamente no de malas noticias en general pero si de cómo enfrentarse a la muerte ante un paciente y rapport con su familia ^{32, 66}.

Dentro de esta manera de aprendizaje al delegar responsabilidades la mayoría de los médicos lo pasó, no obstante no repitieron el delegar responsabilidades, pero indirectamente también lo vieron de otros profesionales de la salud.

Dentro de la revisión de los programas de enseñanza se observan algunos temas relacionados en cómo comunicar las malas noticias, sin embargo la evidencia demuestra que entre más cursos, talleres se realicen los médicos en formación mejor relación entre medico paciente y familia estaría. Se ha encontrado que médicos de ciertas áreas de la salud así como han implementado medidas para mejorar esta comunicación y evitar demandas o consecuencias legales, existen áreas que están más relacionadas con el abordaje íntimo del paciente, referido a emociones como Psiquiatría, Medicina Familiar, Pediatría, tienen mejor relación con el paciente, comparado con especialidades que no dan seguimiento como Cirugía, Medicina Interna²².

Esto se ha visto por el acercamiento del médico con la familia y el paciente. Si todos los médicos trataran con empatía al paciente no habría medicina defensiva. Estos programas que se han evidenciado en todo el mundo o cursos, incluyen talleres con ejemplos, videos, interesantes y tan comunes en la vida cotidiana como los de Pedro Almodovar, Parece incierto que hasta propios talleres no han sido creado por los mismo médicos sino por otro personal de salud como las enfermeras¹⁴.

En padecimientos oncológicos hasta el paciente y familiar entrevistado, se quejan de la manera brutal, poco humana, empática de dar por primera vez un diagnóstico inesperado a la familia; cuando estos padecimientos tienen su propio protocolo de cómo comunicar malas noticias, y son personal de salud relacionado día a día con estos padecimientos. Cuando debería haber conocimiento por parte de estos facultativos, de los protocolos SPIKES, ABCDE, BREAKS entre otros que mundialmente se conocen para comunicar malas noticias en cáncer y de muerte¹⁴.

Acompañado de un ambiente de confort que es lo que los pacientes desean como manera de respeto, ya que a los entrevistados en este estudio es lo único que piden, no lujos solo respeto a su duelo.

5. CONCLUSIONES

Al indagar de una manera más personalizada en cada una de las opiniones de los entrevistados, que son los que se desenvuelven en el contexto de dar y recibir malas noticias, pone de manifiesto que los aspectos teóricos conocidos como la falta de capacitación para comunicar malas noticias, es un hecho, puesto que ninguno recibió preparación en la facultad de medicina, solo en uno se instruyó en un taller optativo, sin embargo no ha dado malas noticias.

De esta manera se conocen los miedos, dentro del más frecuente el miedo a lo inesperado, emociones de tristeza en su mayoría por parte de los pacientes, debilidades como el no saber informar las noticias y la resiliencia en el paciente y su familiar en recibir la misma y fortalezas del médico en formación como experiencias personales de índole familiar que recibieron también malas noticias por parte de un médico que no sabía comunicar de una manera adecuada, generando empatía, fortaleza de sus valores y ética médica.

Se conocen datos acerca de ciertas especialidades médicas de dar mala noticia, sobre todo de segundo y tercer nivel, sin embargo al entrevistar al personal del primer nivel de atención, han aprendido a comunicar las malas noticias en base a las experiencias en esos niveles y otros servicios como urgencias y medicina interna.

Dentro de este mismo contexto, no olvidemos el ambiente que ha sido tomado muy en cuenta por parte del paciente para sentir comodidad, sin embargo está fuera de las manos del facultativo, ya que depende de la misma institución donde se labora, pero el paciente y su familiar lo toman en cuenta como parte del médico y no por separado.

Esta investigación donde dan su opinión del sentir al dar y recibir malas noticias, se observó que todos esos médicos que forman parte de una buena relación con el paciente y su familia, tomen cuenta al familiar y tratan de modificar sus factores de riesgo. Por ello es de importancia en futuros trabajos, indagar y capacitar el manejo de emociones del médico para relacionarse con el paciente y familia en el contexto de dar y recibir malas noticias.

Si partimos de este punto sería un buen objetivo incluir esta participación de modelos de enseñanza en los programas actuales de la educación en medicina, dicho por los médicos para ayuda y aprendizaje en cómo comunicar las malas noticias; a su vez dicho por el mismo paciente y familia que dentro de estas entrevistas queda muy especificado, el médico ha perdido humanismo, ya no trata al paciente con empatía, incluyendo noticias diarias como diagnósticos de hipertensión, diabetes y cáncer

Por tratarse de una investigación de tipo cualitativa, y evaluar la subjetividad no se puede analizar las respuestas. Pero con la finalidad de conocer la opinión de cada uno de estos elementos que intervienen en el contexto de comunicar malas noticias, el médico debería escuchar al paciente y hacer cambios desde la perspectiva del paciente y familia para mejoría de la relación médico paciente y familia; con mejoría en los programas de educación, en las instalaciones médicas y uso de valores, ética médica en esta relación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávila CE, El arte de comunicar malas noticias en medicina. *Revista de la Comisión del Estado de México: Bioética y Salud* 2013; 4(7):6-10.
2. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R, Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 2000; 14 (4): 287-298.
3. Diccionario de la Real Academia Española (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/ebooks-tutoriales/178005/Diccionario-de-la-Real-Academia-Espa%C3Blola--Portable.html>. Acceso el 8 de julio del 2014.
4. Ártus A, Beux V, Pérez S, Comunicación de malas noticias. *Revista Biomedicina: Medicina Familiar y Comunitaria* 2012; 7(1): 28-33.2.
5. Peña JA, Solé-Balcells FX, La comunicación de malas noticias en medicina. *Actas Urológicas Española* 2010; 34(10):832-834. 1.
6. Bascuñán RM, Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y autocuidado del profesional. *Evaluación según la percepción de los participantes. Rev Educ Cienc Salud* 2011; 8(1): 31-37.
7. Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AA, Breaking bad news in clinical setting health professionals' experience and perceived competence in southwestern Nigeria: A cross sectional study. *Ann Afr Med* 2013; 12: 205-211.
8. Buckman R, ¿Breaking bad news: why is it still so difficult?. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288 (6430): 1597-1599.
9. Rabow MW, Mc Phee SJ, Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171: 260-3.
10. Hernández TI, Hamui SL, Navarro GA, Valencia IY, Malas noticias. En: Villa CB, Grijalva MG. *Comunicación médico-paciente en Medicina Familiar*. México: Prado; 2013. P. 47-60.
11. Mirón GR, Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal* 2010; 1(1):39-49.
12. Payan GC, Comunicar malas noticias: una tarea difícil pero necesaria. *CIRUPED* 2012; 2(1): 35-39.
13. Bruera G, Protocolo de comunicación de malas noticias en medicina, etapas a tener en cuenta. *La Revista Oficial del DirCom, imagen y comunicación* 2013; 41:16-20.
14. Lillo SS, The process of communication and support to parents and the patient to confront the diagnosis of disability. *Rev Med Clin Condes* 2014; 25 (2): 372-379.
15. Barnard A, Ganca L, Using communication skills for difficult conversations in palliative care. *Continuins Medical Education* 2011; 29(7): 282-284.
16. Alves DA, Habilidades de comunicación: un pilar básico de la competencia clínica. *Revista del CONAREC* 2003; 68 (19):19-24.
17. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP, SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4):302-11.

18. Rodríguez VA, Alvarado AS, Impacto psicológicos de la comunicación en las salas de espera de quimioterapia ambulatoria. *Cancerología* 4 2009:31-38.
19. Falconi CE, Guide to inform relatives on sudden death in the emergency room. *An Fac Med* 2013; 74(3): 217-219.
20. Calle RC, Rodríguez CA, Germá LJ, Máte MJ, 7 experiencias personales en Oncología. Barcelona: EDIKA MED: 2013.
21. Gómez SM, Como dar las malas noticias en Medicina. Madrid: Aran: 2006.
22. Petra MI, La enseñanza de la comunicación en medicina. *Inv Ed Med* 2012; 1(4):218-224.
23. Peña VR, Rodríguez MJ, Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 2004; 46 (3):210-215.
24. Dirección General de Difusión e Investigación, CONAMED. Encuesta sobre conflictos durante la atención médica y conocimiento acerca de la CONAMED. *Rev CONAMED* 2008; 13: 19-25.
25. Programa Estatal de Supervisión Integral en Salud. Sistema de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones. Servicios de Salud del Estado De Colima. Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Subdirección de Gestión Médica. Programa Estatal de Supervisión Integral en Salud (Enero 2015).
26. García RW, Lara SA, Guevara LU, Flores RA, Loaeza DA, Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en Cuidados Paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008; 31(1): 9-14.
27. Wuensch A, Tang L, Goelz T, Zhang Y, Stubenrauch S, Song S, et al. Breaking bad news in China- the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologist and caretakers. *Psycho-Oncology* 2013; 22 (5): 1192-1195.
28. Mustafa KS, Zekri JM, Bassi S, Bin SB, Abdelghany EM, Abderaham H, Breaking bad news: preferences of cancer patients in Sudi Arabia. *J Palliat Care Med* 2015; 5(2): 1-5.
29. Chai ET, Yaakup H, Azhar SS, Jaffar A, Omar K, Preferences of Malaysian Cancer patients in communication of bad news. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012; 13: 2749-2752.
30. Pang Y, Tang L, Zhang Y, Song L, Goelz T, Friezsche K, et al. Breaking bad news in China: Implementation and comparison of two communication skills training courses in Oncolgy. *Psycho-Oncology* 2013; 22 (5): 608-611.
31. Martin HI, Trujillo MC, Commicating bad news to patients sith Neurodegenerative diseases: Physuasnbs Skills. *Rev Latinoamericana de Bioética* 2009; 9(2): 76-85.
32. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M, Attitude polish physians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ* 2013; 28(4): 603-610.

33. Constantini A, Baile WF, Lenzi R, Constantini M, Ziparo V, Marchetti P, et al. Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth –telling to cancer patients. *J Cancer Educ* 2009; 24(3):180-185.
34. Locatelli C, Piselli P, Cicerchia M, Repetto L, Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the G.I.O study. *Psycho-Oncology* 2012; 22(5):1112-1119.
35. Ponte J, Perpiñan S, Mayo ME, Millá G, Pegenaute F, Poch-Olive ML, Estudio sobre los procedimientos profesionales, las vivencias y las necesidades de los padres cuando se les informa de que su hijo tiene una discapacidad, un trastorno del desarrollo. La primera noticia. *Rev Neurol* 2012; 54(1):53-59.
36. Chavarría LR, Rodríguez RR, Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente. *Revista CONAMED* 2008; 13-18.
37. Barreto MM, Pérez MA, Molero ZM, La comunicación con la familia. Claudicación Familiar. En: López IE, *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid: Médica Panamericana, Madrid; 1998, p. 231
38. Alves DL, ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?. *Revista Argentina de Cardiología* 2003; 71(3):217-220.
39. Ramos GF, Mirlesse V, Rodríguez BA, Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. *Ciência & Saúde Colectiva*, 2011; 16(5):2361-2367.
40. Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (EDHEP), Organización Nacional de Trasplantes (ONTV) y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Curso "Comunicación de malas noticias" Caracas 2009. (sitio en internet). ONT. http://www.revistaseden.org/files/art418_1.pdf. Acceso el 18 de Agosto 2015.
41. Parra SD, The obligation to inform the patient. Issues on the right to be informed. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1578-1583.
42. Recomendación N° R (2006-5) del Recomendaciones del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el Plan de Acción Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015. (sitio en internet). COE. http://www.coe.int/t/dg3/disability/ActionPlan/PDF/Rec_2006_5_Spain.pdf. Acceso 18 de Agosto 2015
43. Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M, Teaching medical students how to break bad news: a Turkish experience. *J Cancer Educ* 2009; 29 (4): 246-248.
44. Descripción Sintética Del Plan De Estudios Licenciatura De Médico Cirujano Unidad Académica: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (sitio en internet). UNAM. <https://escolar1.unam.mx/planes/zaragoza/Med-Cir-Zar.pdf>. Acceso el 10 Agosto 2015.
45. Medicina UP, Médicos con calidad humana y profundo sentido ético (sitio en internet). UP <http://www.up.edu.mx/ descargables/México/salud/Medicina%20web.pdf>. Acceso el 10 agosto 2015.

46. Plan de trabajo FES Iztacala (sitio en internet). UNAM. [http://medicina.iztacala.unam.mx/Plan De Estudios De La Licenciatura De Médico Cirujano Programa de las Asignaturas Optativas](http://medicina.iztacala.unam.mx/Plan%20De%20Estudios%20De%20La%20Licenciatura%20De%20Médico%20Cirujano%20Programa%20de%20las%20Asignaturas%20Optativas). Acceso 16 de Agosto 2015.
47. García RW, Lara SL, Guevara LU, Flores RA, Loaeza DA, Como se dan las malas noticias de enfermedad terminal en un grupo médico no especializado en Cuidados Paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008; 31(1):9-14.
48. Jornada de Educación Médica Continua sobre comunicación de malas noticias y de incertidumbre en pacientes pediátricos, oct 17 2014 educación permanente (sitio en internet). AMSJ. <http://www.amsj.com.uy/jornada-de-educacion-medica-continua-sobre-comunicacion-de-malas-noticias-y-de-incertidumbre-en-pacientes-pediatricos/>. Acceso el 10 de Agosto 2015.
49. Montoya RI, Montoya RL, Visitando a Mintzberg: su concepto de estrategia y principales escuela. *Revista Escuela de Administración de Negocios* 2005; 53:84-93.
50. Martín DA, Romero CR, Javier SC, Ángeles MA, Romero FR, Bustamante RJ, et al. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2012; 75(2): 76-83.
51. Ridao RS, Técnicas de medicación. Reflexiones sobre su aplicación en contextos comunicativos interculturales. *Revista de Ciencias Sociales* 2010; 47: 1-25.
52. Lifshitz GA, Relación Médico con el personal de salud. *Cirujano General* 2011; 33(2): s139-s140.
53. Ascencio HL, Allende PA, Castañeda DC, Verastegui AE, La comunicación de las “malas noticias” en Cuidados Paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2013; 12(4): 276-279.
54. Ezequiel JE, Linda LE, Special Communication. Four Models of the Physician-Patient Relationship, *JAMA, The Journal of the American Medical Association* 1992; 267 (16); 2221-2226.
55. Saura LJ, Sebastián NM, Martínez GN, Martínez PA, Leal HM, Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia, España. *Aten Fam* 2014; 21(3):77-82.
56. Zapata L, Transmitir malas noticias, la efectiva comunicación en el sector salud. *La Revista Oficial del DirCom, Imagen y Comunicación* 2013; 41: 11-15.
57. Cabello E., Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos. *Rev Med Hered* 2012; 23 (2):88-95.
58. Narayanan V, Bista B, Koshy C, BREAKS protocol for breakings bad news. *Indian J Palliat Care* 2010; 16 (2):61-65.
59. Vargas ML, Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* 1994; 4(8):47-53.
60. Díaz BA, Hernández RG, Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos. En: *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista*. México: McGraw-Hill 1998. p.69-112.

61. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Campos CM, Zavala SE, Carrillo JA, Aguirre GH, Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED 2008; 13-56.
62. Olufemi AA, Fatiregun AA, Breaking Bad News to prospective cross-sectional sample of patients' relatives in a Nigerian Neurosurgical Service. Font Neurol 2013; 4:110.
63. Azxarate GE, Hernández TI, Guzmán RM, Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de Hipertensión Arterial Sistémica. Aten Fam 2014; 21(3):83-85.
64. Ricart A, La comunicación en Medicina Intensiva. EN: Hospital Creu Roja. L'Hospitalet de Llobrega. REMI: Libro electrónico de Medicina Intensiva. 3 ed. Vol 6: ética. Barcelona: REMI; 2008.p.264-268.
65. Aranda SC, Cedillo ZR, Del Campo AM, Ornelas SR, Góngora OJ, Factors that affect and hinder bad news communication on health personal. Acta Universitaria, Multidisciplinary Scientific Journal 2014; 24(5):20-26.
66. Bardales AF, Querevalú DL, Maquera AJ, Communicating bad news: Experience in a hospital of Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2014; 31 (3):601-610.
67. Astudillo AW, Amor AP, Apezetxea CA, Arango PM, Astigarraga AI, Astudillo AW, et al. Medicina Paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria 2012; Argentina: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2012.
68. Baile WF, Lezi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L, Oncologists' attitudes toward practices in giving bad news: an exploratory study. American Society of Clinical Oncology 2002; 20(8): 2189-2196.
69. Commithe on Bioethics. Communicating skills. Breaking bad news. Egyptian Fellowship Board. Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics 2013; 121(5);1-5
70. Breaking bad news: specialty register 4 in general surgery. Nacional Councilfor Hospice and Specialist Palliative Care Services. 2003 British medical association. Disponible en: bma.org.uk/developing-your-career/foundation-training/real-life-advice/breaking-bad-news.
71. Novo RJ, Martínez A, Doce más una estrategias erróneas para dar malas noticias. Galicia Clin 2012; 73 (3):117-119.
72. Riquelme MA, Apuntes del tema: Muerte y Duelo. Curso Virtual de Especialista Universitario en Psicogerontología. Universidad de Murcia 2 ed, 2013. Disponible en: www.um.es/epp/oferta.php
73. Reyes LM, La comunicación con el enfermo. Consideraciones en la UCIC", en Lydia Feito Grande, Estudios de bioética, Universidad Carlos III de Madrid. 1 ed. Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas". Dykinson: Madrid; 1997:162.
74. Kusminsky G, La comunicación de una mala noticia en la práctica médica. Hematología 2013; 17(2):179-183. 3.
75. Fereshteh AE, Delaram M, Giving bad news: a qualitative research exploration. Irán Red Crescent Med J 2014; 16(6):e81971 1-7.

76. Gómez SM, El médico y las malas noticias. Como dar las malas noticias en medicina. 3ed. España: S. A. Aran; 2006
77. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Dimitry S, Tattersall HN, Communicating prognosis in cancer care: systematic review of the literature. *Annals of Oncology* 2005; 16: 1005-1053.
78. Ferraz GA, Marques A, Rocha S, Letiãõ P, Mesquiña T, Moutinho S, Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese Oncology Centre Oporto. *Rev Palliat Med* 2005; 19(7):526-531.
79. Casado D, Jesús SM, Tizón JL, Cuidados formales e informales en Andalucía. Diferencias entre el ámbito rural y urbano. Apoyos privados y públicos para la crianza Saludable y para la atención idónea a las situaciones de dependencia. Disponible en: http://www.unavarra.es/digitalAssets/149/149685_1000006_Dependencia_-Cuidados-formales-e-informales-en-Andaluci-a.pdf1-17. Acceso el 18 agosto 2015
80. Bruera E, De Lima L, Cuidados Paliativos. Guía para el manejo clínico, 2 ed: Organización Panamericana de la Salud: 2002.
81. Las 10 causas principales de defunción en el mundo (sitio en internet). OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index3.html>. Acceso el 10 de Septiembre 2015
82. Información Epidemiológica de Morbilidad Anuario 2012 (Sitio en internet). SINAVE, Gob Fed. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/publicaciones2012.html>. Acceso el 10 Septiembre 2015
83. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2010 (sitio en internet). Secretaria de Salud. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf Acceso 18 de Agosto 2015
84. INEGI. Mortalidad. Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido y sexo, 2010, 2011 y 2012 (sitio en internet). Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/dinamica.aspx?tema=me>. Acceso el 18 agosto 2015.
85. INEGI. Mortalidad. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido, 2012 (sitio en internet). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?>. Acceso el 18 agosto 2015.
86. Hernández TI, Fernández OM, Irigoyen CA, Hernández HM, Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8(2): 137-143.
87. Erazo CA, La comunicación interpersonal en el contexto médico-paciente .*Salud Uninorte*. Barranquilla, 2012; 28(3): vi-vii

7. ANEXOS

Anexo 1.

Categoría de médicos en formación

Dimensión 1: Ficha de identificación.

Dimensión 2: Opinión de los médicos respecto al contexto cognitivo de dar malas noticias

Dimensión 3: Opinión de los médicos respecto al contexto afectivo respecto a dar malas noticias

Dimensión 4: Opinión de los médicos respecto al contexto ambiente de dar malas noticias

Categoría a pacientes y su familiar

Dimensión 1: Ficha de identificación.

Dimensión 2: Opinión del paciente respecto al contexto cognitivo de dar malas noticias

Dimensión 3: Opinión del paciente respecto al contexto afectivo respecto a dar malas noticias

Dimensión 4: Opinión del paciente respecto al contexto ambiente de dar malas noticias

Categoría a familiares

Dimensión 1: Ficha de identificación.

Dimensión 2: Opinión del familiar respecto al contexto cognitivo de dar malas noticias

Dimensión 3: Opinión del familiar respecto al contexto afectivo respecto a dar malas noticias

Dimensión 4: Opinión del familiar respecto al contexto ambiente de dar malas noticias

Anexo 2

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL MÉDICO

Datos que llena el aplicador para identificación.

ETIQUETA _____

DIMENSIÓN 1: FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Lugar de origen: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

DIMENSIÓN 2: OPINIÓN DEL MÉDICO CON RESPECTO AL CONTEXTO COGNITIVO DE DAR MALAS NOTICIAS

1. Usted ¿Cómo define una mala noticia (a un paciente, familiar/acompañante)
2. ¿Ha dado malas noticias?
3. ¿Cuénteme acerca de la primera mala noticia que comunico?
4. ¿Quién estaba cuando comunico la mala noticia?
5. ¿Consideras que los diagnósticos de DM, HAS y cáncer, son malas noticias?
6. ¿Has informado estos diagnósticos (DM, HAS y cáncer) por primera vez a un paciente como mala noticia?
7. ¿Puede describirme cómo fue su experiencia al comunicar esa mala noticia?
8. Y ¿qué le pareció el modo en que informó la mala noticia?
9. ¿Le enseñaron a dar malas noticias durante su formación?
10. ¿Cómo aprendió?
11. ¿Te apoyas en algo o alguien para comunicar malas noticias?

DIMENSIÓN 3: OPINIÓN DEL MÉDICO CON RESPECTO AL CONTEXTO AFECTIVO DE DAR MALAS NOTICIAS

1. Cuénteme ¿Cómo se sentía antes de comunicar la mala noticia de DM, HAS y cáncer a algún paciente/acompañante?
2. Cuénteme ¿cómo fue el comportamiento de su paciente al recibir la mala noticia?
3. Y ¿Cómo se sintió después de comunicar la mala noticia algún paciente/acompañante?
4. ¿Sacas del consultorio al familiar/acompañante para dar la mala noticia al paciente, Porque?
5. ¿Tomaría en cuenta a algún familiar del paciente para dar las malas noticias de DM, HAS y cáncer? ¿Por qué?
6. ¿Si pudieras elegir a alguien, a quién tomarías en cuenta?
7. ¿Has dado malas noticias de DM, HAS y cáncer ante la presencia de un familiar/acompañante?
8. ¿Qué reacción tuvieron?

9. ¿Prefieres dar la mala noticia de DM, HAS y cáncer al paciente y familiar o solo a alguno de los dos? ¿Por qué?

DIMENSIÓN 4: OPINIÓN DEL MÉDICO CON RESPECTO AL CONTEXTO AMBIENTAL DE DAR MALAS NOTICIAS

1. ¿Alguien le ha delegado la responsabilidad para comunicar malas noticias a pacientes /acompañantes?
2. ¿Haz delegado a alguien la responsabilidad para comunicar malas noticias a pacientes /acompañantes? ¿a quién?
3. ¿Puede describir como era el espacio físico o lugar donde dio la mala noticia de DM, HAS y cáncer a pacientes /acompañantes?
4. ¿En qué institución, área de salud y especialidad ocurrió?
5. Sabe ¿en qué etapa del ciclo evolutivo (o vital de la familia) se encontraba su paciente al informarle la mala noticia de DM, HAS y cáncer?
6. ¿Considera que el dar malas noticias influyó en usted como médico en formación? ¿Cómo?
7. ¿Y acerca de comunicar malas noticias de DM, HAS y cáncer influyó en usted?
8. La formación que le ha dado su familia ¿ha influido en dar malas noticias?
9. ¿Cambiaría la manera en que dio la mala noticia? ¿Cuénteme porque?
10. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la comunicación de las malas noticias?

Anexo 2

GUIA DE ENTREVISTA PARA EL PACIENTE

Datos que llena el aplicador para identificación.

ETIQUETA _____

DIMENSION 1: FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Lugar de origen: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Dx: _____

Tiempo de DX: _____

DIMENSIÓN 2: OPINIÓN DEL PACIENTE RESPECTO AL CONTEXTO COGNITIVO DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. Para usted ¿Qué es una mala noticia?
2. ¿Ha recibido malas noticias?
3. Cuénteme, ¿Cuáles y como ha sido?
4. ¿En qué servicio le dieron las malas noticias?
5. ¿Quién le dio la mala noticia?
6. Puede describirme ¿cómo era el médico que dio la mala noticia?
7. Sabe ¿qué puesto tenía la persona que le informo la mala noticia?
8. Puede describir ¿Cómo ocurrió ese momento y usted, cómo se comportó?
9. ¿Qué le pareció el modo en que le dieron la mala noticia?
10. Para usted ¿su enfermedad de DM, HAS o cáncer fue una mala noticia?
11. Cuando le informaron que tenía DM, HAS o cáncer, ¿Qué le pareció la manera en que le dieron la mala noticia?
12. ¿Alguien lo acompañaba cuando recibió la mala noticia? ¿Le sirvió de apoyo que lo acompañaran en ese momento, porque?
13. ¿Hubiera preferido estar solo cuando le informaron que tenía DM, HAS o cáncer? ¿Por qué?

DIMENSIÓN 3: OPINIÓN DEL PACIENTE RESPECTO AL CONTEXTO AFECTIVO DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. Cuénteme ¿Cómo se sentía antes de recibir la mala noticia de Diabetes mellitus, hipertensión arterial o cáncer?
2. Y ¿Cómo se sintió después de recibir la mala noticia?
3. ¿Qué significó que le hayan dado una mala noticia frente a su familiar?
4. ¿Considera su enfermedad una mala noticia?
5. Dígame ¿entendió la mala noticia de Diabetes mellitus, hipertensión arterial o cáncer que le dieron? ¿Con que dudas se quedó?

DIMENSIÓN 4: OPINIÓN DEL PACIENTE RESPECTO AL CONTEXTO AMBIENTAL DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. Cuénteme ¿hace cuánto tiempo se le comunicó la mala noticia de DM, HAS o cáncer?
2. Puede describirme ¿quién le dio la mala noticia de DM, HAS o cáncer?
3. ¿Describame como le dieron la noticia de DM, HAS o cáncer?
4. ¿Puede describir como era el espacio físico o lugar donde le dieron la mala noticia de DM, HAS y cáncer?
5. ¿En Qué institución y/o servicio fue?
6. ¿Cómo estaba viviendo con su familia?
7. ¿Cómo era su familia antes de recibir la mala noticia de DM, HAS o cáncer?
8. Puede contarme ¿Cómo cambio su familia después de recibir la mala noticia de DM, HAS o cáncer?
9. ¿Considera que el recibir malas noticias de DM, HAS o cáncer, influyó en usted?
¿Cómo?
10. ¿Cambiaría la manera en que recibió la mala noticia de DM, HAS o cáncer? ¿Cuénteme porque?
11. ¿Qué aportaciones daría para mejorar la comunicación de las malas noticias?

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES

Datos que llena el aplicador para identificación.

ETIQUETA _____

DIMENSIÓN 1: FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Residencia: _____

Lugar de origen: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Dx de pariente/acompañante: _____

DIMENSIÓN 2: OPINIÓN DEL FAMILIAR CON RESPECTO AL CONTEXTO COGNITIVO DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. Usted ¿Qué entiende por mala noticia, puede definirlo?
2. ¿Ha recibido malas noticias de algún familiar?
3. Cuénteme, ¿Cuáles y como ha sido?
4. Cuando le informaron a su familiar que tenía DM, HAS o cáncer, ¿Qué le pareció la manera en que le dieron la mala noticia?
5. ¿En qué servicio le dieron las malas noticias de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
6. ¿Quién le dio la mala noticia?
7. Puede describirme ¿cómo era y cómo se comportó?
8. ¿Qué le pareció el modo en que le dieron la mala noticia de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
9. ¿Alguien más lo acompañaba cuando recibió la mala noticia de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
10. Si dice que si: ¿Le sirvió de apoyo que lo acompañaran en ese momento?
11. Si dice que no: ¿Le hubiera gustado que alguien más lo acompañara? ¿Quién y por qué?

DIMENSIÓN 3: OPINIÓN DEL FAMILIAR CON RESPECTO AL CONTEXTO AFECTIVO DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. Cuénteme ¿Cómo se sentía antes de recibir la mala noticia de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
2. ¿Cómo se sintió después de recibir la mala noticia de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
3. Para usted ¿La enfermedad de su familiar de DM, HAS o cáncer es una mala noticia?
4. Dígame ¿usted entendió la mala noticia que le dieron de que su familiar tenía DM, HAS o cáncer?
5. Cuénteme, ¿Cómo notó a su pariente cuando le dieron malas noticias de que su familiar padecía DM, HAS o cáncer?
6. ¿Dígame sintió que su presencia fue necesaria en el momento en que se le comunico a su mala noticia de DM, HAS o cáncer? ¿Porque?

DIMENSIÓN 4: OPINIÓN DEL FAMILIAR CON RESPECTO AL CONTEXTO AMBIENTAL DE RECIBIR MALAS NOTICIAS

1. ¿Puede describir como era el espacio físico o lugar donde le dieron la mala noticia a su familiar de DM, HAS y cáncer? ¿Qué institución y/o servicio fue?
2. ¿A usted le informaron la mala noticia de que su familiar tenía DM, HAS y cáncer antes que a él mismo? ¿Cómo se sintió al respecto? ¿Cambiaría algo?
3. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la comunicación de las malas noticias?

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

INVESTIGACIÓN: Analizar la opinión del médico, el paciente y el familiar ante la comunicación de una mala noticia.

Investigador principal: Martha Tania Ramírez Ibañez

Sede donde se realizará el estudio: Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

Etiqueta: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y se grabará la entrevista para no perder detalles de su experiencia y percepción. Este estudio consta de las siguientes fases: La primera implica presentarme, que acepte la entrevista, entrevistarle y grabar su entrevista.

Yo, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Anexo 4.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2014 Bimestral			2015 Bimestral							2016 Bimestral			
	1 M A R - A B R - M A Y	2 J U N - J U L - A G O	3 S E P - O C T - N O V	1 D I C - E N E	2 F E B - M A R	3 A B R - M A Y	5 J U N - J U L	6 A G O S - S E P	7 O C T - N O V	1 D I C - E N E	2 F E B - M A R	3 A B R - M A	4 J U N - J U L - A G O	
Búsqueda de información														
Elaboración de marco teórico														
Hipótesis														
Justificación														
Problema														
Objetivos														
Metodología														
Recursos														
Recolección de datos														
Análisis de datos														
Resumen final														
Tesis terminada														