

La enseñanza de cómo dar malas noticias: una revisión sistemática

Nicole Cavalari Camargo¹, Marcelo Gonçalves de Lima², Elisa Brietzke³, Samantha Mucci⁴, Aécio Flávio Teixeira de Góis⁵

Resumen

“Mala noticia”, definida como una información que conlleva un gran peso emocional y tiene el potencial de cambiar las perspectivas personales; constituye un desafío para los médicos. Sin embargo, este tema no siempre es enseñado en las facultades de medicina. Esta revisión sistemática de la literatura compila todos los artículos encontrados sobre la comunicación de malas noticias luego de buscar “medical school” y “bad news”, en inglés, portugués y español, en bases de datos. El criterio empleado fue incluir artículos que tratasen sobre técnicas de enseñanza. De los 313 artículos, incluimos 27 y clasificamos sus estrategias. La mayoría de los resultados mostró que las estrategias mixtas son las más comunes y que, en general, el tema es bien recibido y valorado por los estudiantes, quienes informan que obtienen una mejora en la capacidad comunicativa luego de la formación. Concluimos que todas estas técnicas son válidas y que las facultades de medicina deben enfocarse en integrar esta capacitación en su currículo regular.

Palabras clave: Enseñanza. Educación médica. Revelación de la verdad. Relaciones médico-paciente. Facultades de medicina. Métodos. Competencia clínica.

Resumo

Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática

“Má notícia”, definida como informação que carrega grande peso emocional e potencial de mudar perspectivas pessoais, é, por definição, desafio para os médicos. Entretanto, nem sempre esse assunto é abordado em faculdades de medicina. Esta revisão sistemática contém todos os artigos encontrados sobre comunicação de más notícias em bases de dados por “*medical school*” e “*bad news*” em inglês, português e espanhol. O critério de inclusão abrangia artigos que elucidavam técnicas de ensino. De todos os 313 artigos, 27 foram incluídos, tendo suas estratégias classificadas. A maioria dos resultados mostrou que as estratégias mistas são mais comuns e que, em geral, o tema é bem aceito e valorizado pelos estudantes, que afirmam melhora na capacidade comunicativa depois do treinamento. Conclui-se que todas as técnicas são válidas e que as faculdades de medicina devem focar em integrar esse treinamento no currículo regular.

Palavras-chave: Ensino. Educação médica. Revelação da verdade. Relações médico-paciente. Facultades de medicina. Métodos. Competência clínica.

Abstract

Teaching how to deliver bad news: a systematic review

“Bad news”, defined as information with huge emotional valence and potential to change personal perspectives, is, by definition, a challenge for physicians. However, the subject is not always taught in medical schools. This systematic literature review compiles all articles regarding communication of bad news after researching in databases for “*medical school*” and “*bad news*” in English, Portuguese and Spanish. The criterion was to include articles that elucidated about teaching techniques. From all 313 papers, we included 27 and classified their strategies. Most results showed that mixed strategies are more common and that, in general, the subject is well-received and appreciated by students, who reported an improvement in communicative capability after the training. We conclude that all techniques are valid and medical schools should focus on integrating this training in their regular curriculum.

Keywords: Teaching. Education, medical. Truth disclosure. Physician-patient relations. Schools, medical. Methods. Clinical competence.

1. **Graduanda** nicole.cavalari@huhsp.org.br – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) 2. **Graduando** lima.marcelog@gmail.com – Unifesp 3. **Doutora** elisabrietzke@hotmail.com – Unifesp 4. **Doutora** sammucci@gmail.com – Unifesp 5. **Doutor** aecio.gois@unifesp.br – Unifesp, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Nicole Cavalari Camargo – Rua Botucatu, 720, Vila Clementino CEP 04023-062. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Las “malas noticias” se definen como información que conlleva un gran peso emocional y que tiene el potencial de cambiar la vida y la perspectiva de alguien¹. Los ejemplos en el contexto médico incluyen la pérdida de un familiar, la amputación de una extremidad, el diagnóstico de una enfermedad degenerativa, cáncer, SIDA y otras. Son, por definición, difíciles de transmitir y de escuchar: desde una perspectiva filosófica, éstas pueden ser las palabras que hacen que los sueños de alguien se desmoronen y caigan al suelo.

Los médicos y otros profesionales de la salud pueden enfrentar esta situación a diario, lo que no significa que sepan cómo manejarla. Lo que hace tan complejo transmitir malas noticias (TMN) es que confronta los sentimientos de ambos lados de la comunicación: el paciente o la familia, que tiene que lidiar con la tristeza y la desesperación ante la información, y el profesional, que tiene que lidiar con su confianza en sí mismo, porque debe ser capaz de lidiar con sus propios sentimientos, así como con la reacción de quien escucha. Además, la pérdida puede ser vista, por el médico, como un fracaso. Por otra parte, las investigaciones señalan que muchos médicos son incapaces de dar malas noticias o incluso de comunicarse con la familia²⁻⁵, y se esfuerzan por entender cómo hacerlo⁵⁻⁷, experimentando miedo y ansiedad sobre el tema, con efectos físicos, como el aumento de la frecuencia cardíaca⁸.

Además, muchos de ellos, cuando se comunican, son incapaces de mostrar sus propias emociones o de expresar empatía⁴. Esta práctica refleja cómo los estudiantes aprenden la comunicación observando a los médicos que ejercen la asistencia. Una queja frecuente de los estudiantes es la falta de modelos a seguir para la comunicación de malas noticias⁹. Por otro lado, los resultados de diversas investigaciones muestran que los estudiantes están dispuestos a aprender más sobre las habilidades de comunicación y que los enfoques educativos generalmente son bien recibidos^{9,10}.

Además, el impacto de una comunicación deficiente implica un grave sufrimiento psicológico para los pacientes y sus familiares¹¹. También, hace que los médicos se alejen de los pacientes, lo que significa que se vuelven menos capaces de vincularse con las personas y de crear una relación armoniosa entre médicos y pacientes.

Aún más complicado que eso es la idea de que la comunicación es una expresión individual de la cultura y de los patrones sociales¹²: en los países donde las relaciones médico-paciente no se construyen a partir de una estructura jerárquica, el diálogo es más fácil. En los países en que los médicos tienden a monopolizar la información y la relación no es simétrica, escuchar las malas noticias es más difícil

para la familia o para el paciente, debido a la distancia y a la dificultad para expresar sus sentimientos¹³. Por otro lado, un modelo en que el paciente tiene el poder para decidir sobre su salud está probado y se muestra como el más adecuado¹³.

En este contexto, la creación de protocolos se convirtió en una forma estructurada y relativamente fácil de comunicar malas noticias. Existen algunos protocolos, como Spikes (Ajuste, Percepción del paciente, Invitación, Conocimiento, Exploración/Empatía, Estrategia/Síntesis) y ABCDE (Preparación avanzada, Creación de un entorno/relación terapéuticos, Comunicarse bien, Lidiar con las reacciones del paciente y de la familia, Propiciar y validar las emociones), y ambos tienen una pequeña introducción antes de las noticias, la noticia en sí, y un momento para las reacciones del paciente y de la familia.

Sin embargo, no todas las facultades de medicina enseñan sobre comunicación o empatía^{7,14,15}, a pesar de que no son conceptos que se adquieran espontáneamente. Considerando la importancia de transmitir malas noticias en la rutina diaria de los médicos, las técnicas de enseñanza son un tema significativo y deben estar en el foco de la formación médica, preparando a los estudiantes de medicina para que se conviertan en graduados más humanizados.

En este escenario, estudios basados en evidencias sugieren que las habilidades de comunicación pueden enseñarse¹⁶⁻²² y que una mejor relación médico-paciente permite que los pacientes se sientan mejor²²⁻²⁶, aumenta la adhesión al tratamiento, mejora el manejo del dolor y el pronóstico de las enfermedades crónicas y disminuye los síntomas. Además, cuando el médico se comunica mejor, éste se siente más confiado, hay menos errores médicos y la probabilidad de que los pacientes reclamen por negligencia médica se reduce²²⁻²⁷. También hay evidencia que indica que, sin capacitación, las habilidades para transmitir malas noticias rara vez mejoran con la experiencia⁸.

Considerando el escenario en que los médicos lidian con la transmisión de malas noticias y los pacientes sufren las fallas en la comunicación, las técnicas de enseñanza y los métodos de aprendizaje se convierten en la clave del éxito para que los médicos puedan ser empáticos. Sin embargo, no todas las facultades de medicina incluyen la temática en la currícula, a pesar de que no son conceptos adquiridos espontáneamente. Por lo tanto, la presente revisión sistemática recopila trabajos que aportan métodos de enseñanza sobre cómo transmitir malas noticias como tema principal. Asimismo, el objetivo es resaltar la importancia del tema y alentar a las facultades de medicina a debatir sobre la importancia de la comunicación en las relaciones médico-paciente.

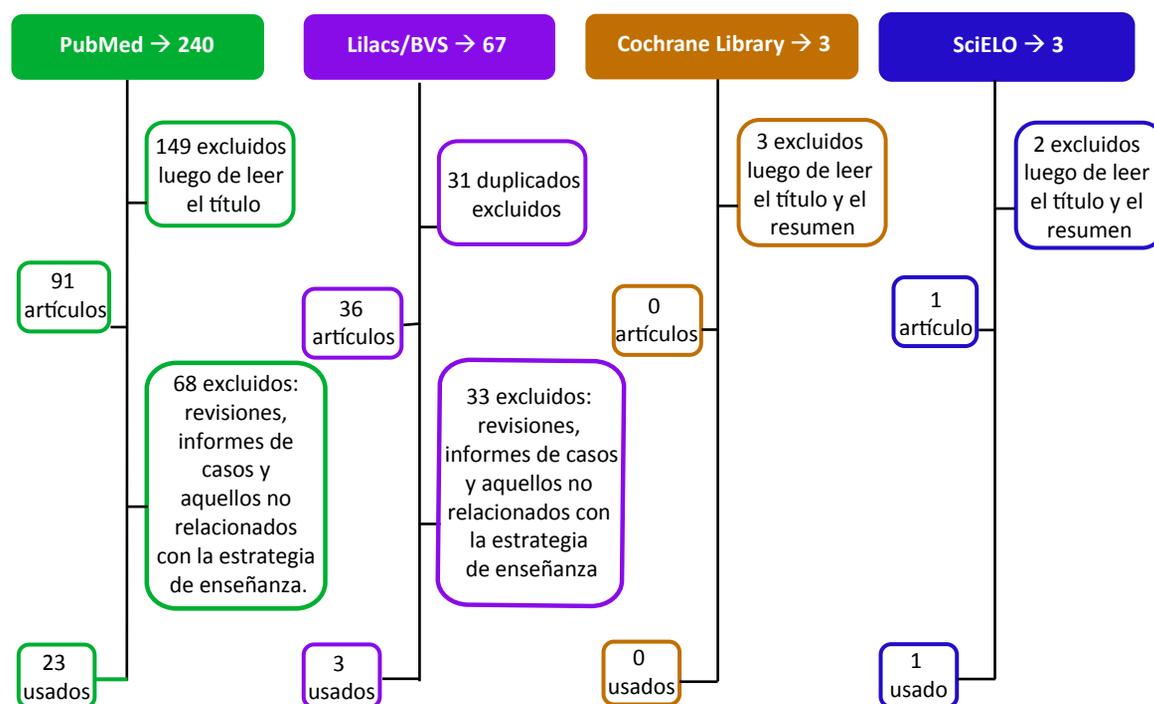
Metodología

Realizamos una búsqueda en SciELO, PubMed, la Biblioteca Cochrane y LILACS/BVS usando los términos “bad news and medical school” y sus términos correspondientes en español y portugués. La palabra “and” se utilizó en el cuadro de búsqueda o en el cuadro de opciones para correlacionar términos. Encontramos 240 artículos en PubMed, 3 en SciELO, 3 en la Biblioteca Cochrane y 67 en LILACS/BVS. Nuestro primer análisis excluyó varios artículos, los 91 restantes se encontraban en PubMed, 1 en SciELO, 1 en Cochrane y 3 en LILACS/BVS. Hubo varios duplicados entre LILACS y PubMed (31). Luego de una revisión adicional, quedaron 23 artículos de PubMed, ninguno de Cochrane, 1 de

SciELO y 3 de LILACS que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los artículos se publicaron entre 1982 y 2018. Algunos artículos encontrados en esta búsqueda sistemática fueron usados en la introducción y conclusión. La metodología se esquematiza en el Diagrama de Flujo 1.

286 artículos no se incluyeron en esta revisión porque no abordaron ningún método de enseñanza específico o una técnica de enseñanza sobre cómo transmitir malas noticias. De esta manera, los artículos en que TMN era un módulo o donde se evaluaba TMN pero no se trataba como tema principal quedaron descartados. Las revisiones y los capítulos de libros no se incluyeron atendiendo a nuestro objetivo de utilizar datos primarios, como debe ser cualquier revisión sistemática.

Diagrama de Flujo 1. Metodología empleada para los artículos incluidos



Resultados

Los resultados de los 27 artículos incluidos en esta revisión se resumieron en las Tablas 1, 2 y 3. Con respecto a la región geográfica donde se desarrolló el estudio, encontramos que el 64% se desarrolló en Estados Unidos, el 7% en Brasil, el 7% en Suiza, y el 22% estuvo representado por otros países. Los participantes de investigación

más comunes a los que se hace referencia en los artículos revisados eran estudiantes de medicina, que representan el 46% de todos los archivos. Los participantes restantes eran residentes y médicos con trayectoria, que representan el 36% y el 18% de todos los artículos, respectivamente.

Además, con respecto a su metodología, fue posible observar que la mayoría de los artículos (96.3%; 26 artículos) adoptaron un diseño longitudinal,

de los cuales el 7.4% (2 artículos) fueron ensayos controlados aleatorios. El artículo restante, que representa el 3.7% (1) de todos los artículos revisados, siguió un diseño transversal.

Al observar los datos de la muestra, encontramos que el 53.5% de los artículos analizados tenía una muestra por debajo de cien sujetos, el 42.8% tenía una muestra entre cien y quinientos sujetos, y sólo el 3.7% tenía una muestra por encima de 1.000 sujetos.

Las estrategias fueron agrupadas en 4 categorías según el método o los métodos adoptados. En general, dividimos los enfoques en “aprendizaje activo”, que incluye juego de roles y simulaciones, y “aprendizaje pasivo”, que incluye discusiones mediadas por profesores, pruebas teóricas

y exposiciones o clases. Es importante aclarar que esta clasificación se apoyó en teorías del aprendizaje basadas en gran medida en el conocimiento de la neurociencia.

La red neuronal, la formación de recuerdos y la teoría de la cognición son los pilares de las proposiciones que dan nombre al aprendizaje activo de todas las técnicas de enseñanza que involucran al estudiante en la reflexión y que propician que construya conocimiento por sí mismo, y no por absorción pasiva²⁸⁻³⁰. Esta dicotomía se resolvió por medio de estrategias mixtas y un único enfoque con un foro en línea, que no se pudo incluir en el aprendizaje activo o pasivo. Todo esto se sintetiza en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión, clasificados como “aprendizaje activo”

Aprendizaje activo						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, Van Dalen J, Bonke B, 2012 ¹³	NL	1260	Estudiantes de medicina	Longitudinal	El conocimiento básico en TMN se evaluó en un cuestionario antes de la intervención. Los métodos de enseñanza utilizaron conferencias web, tareas en el hogar, DVD interactivo, practicar con SP con el protocolo de comunicación SPIKES y ABCDE, en pequeños grupos de diversos tamaños. Se empleó retroalimentación para evaluar el desarrollo.	Los estudiantes creen que el momento correcto para aprender sobre comunicación es el tercer año de la carrera de medicina
Lifchez SD, Redett RJ, 2014 ³¹	EE.UU.	17	Residentes de cirugía plástica	Longitudinal	Los residentes fueron encuestados para su formación previa en TMN (cuestionario Orgel) y realizaron una prueba de personalidad (Myers-Briggs) para comprender cómo influye en su manera de comunicarse.	La confianza aumentó después del entrenamiento y de SP. Quienes evaluaron el progreso de los residentes, informaron eso también. El desempeño en la transmisión de malas noticias también fue mejor luego del entrenamiento.
Arnold RM, Back AL, Barnato AE, Prendergast TJ, Emlet LL, Karpov I. <i>et al</i> , 2015 ³²	EE.UU.	38	Residentes de emergencias	Longitudinal	Visión general de los conocimientos básicos seguidos de la formación de habilidades y juegos de rol en grupos.	Luego del entrenamiento, los residentes mostraron confianza en la TMN y evaluaron su progreso con un aumento del 23%. El WS fue calificado como bueno o excelente. En un seguimiento posterior, luego de 1 mes, el 100% se declararon completamente capaces de transmitir malas noticias

continua...

Tabla 1. Continuación

Aprendizaje activo						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ, 1999 ³³	EE.UU.	27	Residentes de Pediatría	Longitudinal	Los participantes fueron grabados en video y observados dos veces mientras comunicaban malas noticias a un SP entrenado. La primera observación estuvo seguida de una retroalimentación y la experiencia se repitió aproximadamente entre 4 y 10 semanas después. El SP evaluó el progreso en TMN antes y después del entrenamiento, sin saber cuándo el médico tenía preparación.	Antes del entrenamiento, el 79% creía que necesitaba entrenamiento en TMN y que no eran capaces de brindar malas noticias o asesoramiento a los padres. Luego de la intervención, el puntaje total de los participantes aumentó significativamente. Los puntajes de contenido se correlacionaron positivamente con los puntajes de consejería, lo que demuestra que conocer la teoría ayuda a generar una mejor práctica.
Ju M, Berman AT, Hwang WT, Lamarra D, Baffic C, Suneja G <i>et al.</i> , 2013 ³⁴	EE.UU.	11	Residentes de Oncología	Longitudinal	Sesión con SP y retroalimentación sobre la comunicación.	Tras la retroalimentación, los residentes informaron un aumento en las habilidades de comunicación
Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D, 2001 ³⁵	EE.UU.	21	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Encuentro de una hora en que los estudiantes deben discutir un nuevo diagnóstico de cáncer de recto o un aborto espontáneo. El alumno debe discutir el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Luego de la experiencia, la retroalimentación mostró el progreso.	Los estudiantes que tuvieron una formación previa obtuvieron mejores calificaciones y los escenarios no cambiaron su rendimiento, mostrando la importancia de las clases anteriores.
Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M, 2009 ³⁶	TR	146	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Cuestionario que evalúa la efectividad del curso y una OSCE de 4 estaciones para evaluar objetivamente el impacto del enfoque	El 54% de los estudiantes de medicina se percibían a sí mismos como más competentes para manejar la tarea después del curso y la mayoría de ellos lo clasificaron como útil.
Ramaswamy R, Williams A, Clark EM, Kelley AS, 2014 ³⁷	EE.UU.	23	Internos de medicina	Longitudinal	El programa emplea la discusión en pequeños grupos, el aprendizaje basado en casos y la práctica repetida con ejercicios de juego de roles para atraer a los alumnos y desarrollar un modelo de aprendizaje activo. Este enfoque se evaluó mediante cuestionarios.	Tres meses después de que finalizara el taller, los encuestados estaban utilizando diferentes técnicas. El 64% de los participantes sintió que la mnemotécnica SPIKES fue la habilidad más útil que aprendieron en el taller. Después de 3 meses, el 38% de ellos usaba el método SPIKES, mientras que el 15% de los encuestados consideraba que SPIKES era fácil de usar en sus interacciones con los pacientes. El 91% de los participantes creía que la cantidad de información ofrecida en el programa era "justa". El 81% de los participantes sintió que la oportunidad de ejercitar la práctica repetidamente fue útil para mejorar sus habilidades de comunicación.

continua...

Tabla 1. Continuación

Aprendizaje activo						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Vail L, Sandhu H, Fisher J, Cooke H, Dale J, Barnett M, 2011 ³⁸	UK	285	Médicos de 22 especialidades diferentes.	Longitudinal	Escenarios de TMN, evaluación de la capacidad de comunicación según diferentes especialidades.	Los consultores se centraron principalmente en proporcionar información biomédica y no discutían temas de estilo de vida y dimensiones psicosociales. Estos abordajes no están relacionados con el sexo del médico, la especialidad, el lugar de calificación o la edad.

n: número de la muestra; EE.UU.: Estados Unidos; NL: Países Bajos; UK: Reino Unido; TR: Turquía; SP: Pacientes estandarizados; TMN: Transmisión de Malas Noticias; WS: Workshop (taller); SPIKES: Oncología/Protocolo de comunicación de malas noticias ("S=Ajustes; P=percepción; I=invitación; K=conocimiento; E=emociones; S=estrategia")

Aprendizaje activo

El "aprendizaje activo" incluye técnicas en las que los estudiantes priorizan la construcción de conocimiento por sí mismos, lo que significa que hay pocas clases teóricas y ejercicios mucho más prácticos, como juegos de rol, discusiones y casos. En esta revisión, nueve estudios se centraron en esta estrategia, sintetizada en la Tabla 1. Una intervención con residentes de cirugía plástica³¹ de Estados Unidos informó que dos sesiones con un paciente estandarizado eran suficientes para mejorar las habilidades de comunicación. Entre estas sesiones, tuvo lugar una retroalimentación.

Un enfoque similar se utilizó en los Países Bajos¹³, con 8 facultades holandesas y en cuatro estudios en Estados Unidos³²⁻³⁵, con residentes y estudiantes de emergencia, pediatría y oncología. En estos cinco, el aprendizaje se basó en la simulación y la retroalimentación. En el de residentes de emergencia³², se agregó una tarjeta en la que los residentes escribieron lo que habían aprendido, y esa tarjeta les fue enviada un mes después para recordarles la experiencia.

Una intervención educativa en 2009³⁶ utilizó varios tipos de aprendizaje activo, con lluvia de ideas, discusiones grupales y simulaciones. Esta rica intervención no fue suficiente para que los estudiantes se sintieran más seguros, ya que sólo el 54% de ellos se sentía más capaz de manejar las tareas, pero el curso estaba muy bien calificado. El último enfoque similar tuvo lugar en Estados Unidos³⁷ y trabajó con pasantes de medicina interna, quienes participaron en discusiones grupales, juegos de roles y ejercicios. La experiencia se evaluó a través de un cuestionario y los pasantes afirmaron que fue útil y que el protocolo SPIKES era una buena mnemotécnica. En Vail³⁸, el abordaje describió una simulación con varias especialidades médicas y el resultado no estaba

relacionado con eso. Todas estas estrategias se clasificaron como "aprendizaje activo" porque involucraban poca o ninguna instrucción pasiva y discusiones mediadas por el profesor.

Enfoques mixtos

Los "enfoques mixtos" incluyen técnicas donde se valoran los ejercicios prácticos y teóricos. En esta revisión, contribuyen con la mayoría de los enfoques, totalizando catorce artículos, sintetizados en la Tabla 2. El más reciente es un estudio brasileño que evalúa una capacitación realizada con residentes de perinatología³⁹. En este estudio, hubo un primer encuentro con un paciente simulado, seguido por devoluciones que informaron el rendimiento de los estudiantes. Luego, los residentes fueron divididos en dos grupos: de control y de intervención.

El grupo de intervención recibió sesiones sobre el protocolo de comunicación SPIKES. Estas sesiones se realizaron en grupos, en parejas o individualmente, y los residentes identificaron qué se podría mejorar en su comportamiento desde el primer encuentro. Después de este entrenamiento, todos los residentes tuvieron una segunda conversación con un paciente estandarizado. Los resultados mostraron que el segundo encuentro fue más exitoso que el primero, lo que significa que la experiencia tuvo un impacto positivo en la TMN. No hubo diferencias significativas entre los grupos de control y de intervención, pero este resultado puede verse limitado por el tamaño pequeño de la muestra (n=61). La iniciativa fue bien valorada por los residentes y clasificada como un aprendizaje efectivo.

En un estudio reciente de 2017⁴⁰, los residentes de anestesiología fueron evaluados a partir de situaciones de inmersión en simulaciones y tuvieron una intervención de enseñanza posterior

con pacientes simulados (SP) para contrastar sus desempeños en TMN. Se calificaron a sí mismos como más capaces después del entrenamiento.

En un programa con becarios de nefrología⁴¹, se realizó una capacitación teórica y una simulación, con evaluación previa y posterior al taller, que mostró que los becarios se sentían bien preparados debido a la experiencia. Una intervención con más horas teóricas se llevó a cabo en Alemania⁴² y se formó a los estudiantes de medicina en comunicación y relaciones médico-paciente, utilizando videos, casos clínicos, juegos de roles y elaboración de exámenes. Este abordaje utilizó diferentes estrategias y tuvo 267 participantes. Los resultados mostraron que los estudiantes valoran la enseñanza de la comunicación y se sienten más seguros después del entrenamiento.

Otras estrategias mixtas^{21,22,42-47}, incluyendo conferencias breves, discusiones y simulaciones, fueron descritas como importantes y efectivas, lo que resultó en una mayor confianza y habilidad para transmitir malas noticias. En Abel *et al*⁴³, hay un punto que enfatiza que el grupo multiprofesional demostró ser positivo para los cuidados paliativos y la educación. En Neto *et al*⁴⁵, los resultados no sólo fueron favorables para la comunicación

docente, sino que mostraron que los estudiantes obtuvieron excelentes puntajes después de la capacitación. En Skye *et al*.⁴⁸, una estrategia muy similar al aprendizaje activo se complementó con ejercicios en el hogar y cuestionarios, y también tuvo resultados positivos, con una aprobación del 94%.

Una estrategia mixta utilizada en Estados Unidos, en 2016, e informada por Parikh *et al*⁴⁹ exploró si estas intervenciones son recordadas por los estudiantes. Con 105 internos de cirugía, el estudio mostró que el entrenamiento de simulación tuvo un efecto durante al menos 1 año después de la experiencia. Además, se realizó una iniciativa con numerosos participantes (n=1455) en Yale⁵⁰, con formación en TMN y juego de roles. Sin embargo, el estudio estuvo limitado ya que no hubo un cuestionario para evaluar la experiencia.

Por último, un abordaje interesante dividió a los residentes de medicina interna en grupos de control y de intervención. El grupo de intervención recibió entrenamiento con clases prácticas y teóricas. El resultado final fue que los residentes capacitados tuvieron un mejor desempeño en la transmisión de malas noticias y declararon sentirse más seguros al hacerlo. Los evaluadores también percibieron un abordaje más empático⁵¹.

Tabla 2. Artículos incluidos en la revisión, clasificados como “estrategias mixtas”

Estrategias mixtas						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y, 2014 ²¹ ; Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Akizuki N, Katsumata N, Kubota K <i>et al</i> ²²	JP	30 oncólogos y 580 pacientes	Oncólogos y pacientes	Longitudinal	Se entregaron cuestionarios de evaluación a los oncólogos. Un grupo de oncólogos asistió al taller de capacitación sobre comunicación, mientras que otro grupo no recibió capacitación. Se realizó un seguimiento con pacientes.	La simulación con pacientes fue grabada y evaluada por los pacientes en una escala de 11 puntos. Los oncólogos que recibieron capacitación en TMN obtuvieron mejores resultados que los que no lo hicieron. El taller fue bien evaluado por los oncólogos y se sintieron más confiados en la TMN después de la intervención.
Setubal MSV, Antonio MÂRGM, Amaral EM, Boulet J, 2018 ³⁹	BR	61	Residentes de perinatología	Longitudinal	Los residentes se reunieron con un SP y fueron asignados a grupos de control y de intervención (SPIKES). Después de la intervención, ambos grupos volvieron a encontrarse con un SP.	No hubo diferencia entre los grupos de intervención y de control. La segunda sesión con el SP fue mejor, mostrando que la práctica tuvo éxito. La experiencia fue bien valorada.

continua...

Tabla 2. Continuación

Estrategias mixtas						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Karam VY, Barakat H, Aouad M, Harris I, Park YS, Youssef N <i>et al</i> , 2017 ⁴⁰	EE.UU.	16	Residentes de anestesiología	Longitudinal	Las experiencias de TMN con lista de verificación GRIEV_ING se obtuvieron utilizando simuladores con una alta fidelidad a las experiencias de inmersión. Luego, los juegos de rol con SP complementaron las experiencias.	El desempeño en el caso 1 no varió en relación con el año de capacitación. Los puntajes previos a la prueba fueron más bajos que los puntajes posteriores a la prueba en la lista de verificación GRIEV_ING. Además, antes del taller, el 52% calificó su competencia en TMN como buena y muy buena. Este número aumentó a 93% después del taller, y también aumentó la confianza.
Cohen RA, Jackson VA, Norwich D, Schell JO, Schaefer K, Ship AN <i>et al</i> , 2016 ⁴¹	EE.UU.	26	Becarios de nefrología	Longitudinal	Los becarios fueron asignados a tres casos sobre tratamiento, cómo dar malas noticias y discusión del pronóstico.	Los encuestados afirmaron que su desarrollo pasó de “no preparado” a “muy bien preparado”. Además, calificaron al curso como excelente.
von Lengerke T, Kursch A, Lange K; APG-Lehrteam MHH, 2011 ⁴²	DE	267 (100)	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Los estudiantes participaron de siete sesiones de cuatro horas de duración cada una, con teoría sobre la comunicación médico-paciente, ejercicios prácticos, comunicación no verbal, video-clases, casos, transmisión de un diagnóstico y juegos de rol.	La mayoría de los estudiantes estuvieron totalmente de acuerdo con los métodos de enseñanza y las materias, afirmando el progreso en la comunicación.
Abel J, Dennison S, Senior-Smith G, Dolley T, Lovett J, Cassidy S, 2001 ⁴³	Reino Unido (UK)	140	Doctores con trayectoria y enfermeras	Longitudinal	Se desarrolló un curso para médicos y enfermeras con formación previa en comunicación. Las áreas que necesitaban mejoras fueron investigadas e implementadas en el proyecto.	Todos estuvieron de acuerdo en que el curso era importante y la mayoría de ellos pensaron que la TMN era la parte más útil. Además, hubo un aumento en la confianza sobre cómo dar malas noticias.
Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA, 2006 ⁴⁴	EE.UU.	56	Médicos residentes	Longitudinal	Programa de 16 horas que incluye control del dolor y de los síntomas, habilidades de comunicación (TMN) y ética. Los grupos se dividieron en control e intervención, y se evaluaron antes y después del abordaje.	Ambos grupos tuvieron el mismo entrenamiento previo. Luego de la capacitación, el grupo de intervención tuvo puntuaciones mucho más altas.
Neto LLS, Silva VLL, Lima CDC, Moura HTM, Gonçalves ALM, Pires APB <i>et al</i> , 2017 ⁴⁵	BR	119	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Los estudiantes recibieron clases semanales teóricas y participaron en simulaciones prácticas de TMN, con pacientes simulados y entrenamiento en parejas.	El 67% de los estudiantes presentó una calificación excelente (>90%), el 7% se consideró regular o malo. El 16% concluyó la prueba con el puntaje máximo y el puntaje más bajo fue del 68%.

continúa...

Tabla 2. Continuación

Estrategias mixtas						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Layat Burn C, Hurst SA, Ummel M, Cerutti B, Baroffio A, 2014 ⁴⁶	CH	225	Estudiantes de medicina	Longitudinal	En este ensayo de cohorte, el grupo de intervención recibió capacitación en ética, sinceridad y TMN. Los estudiantes fueron evaluados a partir de cuestionarios antes y después de la experiencia.	Las actitudes éticas de los estudiantes con respecto a decir la verdad se mantuvieron estables, pero comenzaron a sentirse más cómodos con esas situaciones, y dos tercios de los estudiantes que no se sentían seguros antes, se sintieron confiados después.
Hurst SA, Baroffio A, Ummel M, Burn CL, 2015 ⁴⁷	CH	225	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Los estudiantes participaron en encuentros con 3 pacientes simulados y recibieron devoluciones para comprender su progreso. La intervención estuvo compuesta por una conversación de 90 minutos con un SP, una discusión ética de 15 minutos y una práctica de habilidades de comunicación de 60 minutos.	Las actitudes éticas de los estudiantes se mantuvieron estables. Desarrollaron nuevas habilidades después de la intervención y aumentaron su conocimiento sobre las dificultades y los desafíos planteados por las situaciones de TMN, permitiéndoles resolver sus debilidades.
Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK, 2014 ⁴⁸	EE.UU.	451	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Los estudiantes observaron una simulación sobre una mujer con cáncer de colon. Después de eso, debatieron sobre la empatía, los médicos, el género, la dinámica, el poder y el apoyo.	La intervención fue bien recibida (el 94% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con el método). Valoraron la estrategia.
Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM, 2016 ⁴⁹	EE.UU.	105	Estudiantes de medicina	Longitudinal	Cuestionarios sobre cómo los participantes calificaron la intervención, la cual estuvo compuesta por discusiones y juegos de rol, y si retuvieron la formación después de un año.	Los estudiantes calificaron la intervención como esencial para la formación médica y afirmaron sentirse más capaces de conversar sobre la vida y la muerte con los pacientes. Los resultados fueron evaluados después de 1 año (12-24 meses).
Ellman MS, Fortin AH 6th, 2012 ⁵⁰	EE.UU.	1455	Estudiantes de medicina	Transversal	Taller sobre comunicación de noticias difíciles y asignación de cuidados al final de la vida basada en la sala, que se desarrolló en la Facultad de Medicina de Yale.	No evaluado
Szmulowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S, 2010 ⁵¹	EE.UU.	56	Residentes de medicina interna	Longitudinal	Los residentes fueron asignados a grupos de control y de intervención, abordados con una combinación de estilos de enseñanza y práctica de habilidades.	Los residentes en el grupo de intervención mostraron una mejora en la comunicación (opciones de tratamiento y pronóstico) y en la capacidad de mostrar apoyo emocional. Además, se sentían más confiados. Estos cambios no fueron observados en el grupo de control.

n: número de la muestra; EE.UU.: Estados Unidos; UK: Reino Unido; GRIEV_ING: Protocolo de notificación de muerte ("G=Reunir; R=Recursos; I=Identificar; E=Educar; V=Verificar; I=Preguntar; N=Tuercas y tornillos y G=Dar"); SP: Paciente estandarizado; TMN: Transmisión de Malas Noticias; JP: Japón; CH: China; BR: Brasil; WS: Workshop (taller)

Aprendizaje Pasivo

Sólo tres (11%) de los veintisiete artículos utilizaron enfoques basados en el “aprendizaje pasivo”⁵²⁻⁵⁴, y se incluyen en la Tabla 3. En Brown *et al*⁵² (2014), se evaluó a 109 estudiantes de radiología después de un taller con debates mediados, exposiciones y contenidos multimedia. Calificaron la iniciativa como útil y manifestaron mayor confianza y menos estrés con respecto al tema tras la intervención. En Levi y Green⁵³ (2003), 20 residentes aprobaron una currícula de residencia más humanizada, con más discusiones, poesía, charlas sobre errores médicos, sobre pacientes difíciles y cómo tratarlos, y sobre el propósito de la medicina. En Coutinho y Ramessur⁵⁴, el estudio estuvo limitado por el bajo porcentaje de encuestados: sólo el 21% de 260 estudiantes evaluaron la efectividad de una exposición sobre cómo dar malas noticias. El resultado fue que el 19.3% pensó que la conferencia era adecuada y que debería incluirse en la currícula normal, pero

creían que la iniciativa sería más valiosa si hubiera una actividad práctica.

Capacitación online

Otra técnica de enseñanza descrita en un artículo fue la creación de un foro en línea que alentó a los estudiantes a hablar sobre las “conversaciones difíciles” en medicina. Este enfoque también se sintetiza en la Tabla 3. El foro se denominó Foro Online sobre Conversaciones Difíciles y se puso a prueba con 315 estudiantes de medicina⁵⁵ en Estados Unidos. El foro permitió a los estudiantes responderse entre sí para estimular la reflexión.

Ellos tenían que enviar al menos una publicación (sobre los pacientes, sobre sus propias emociones o sobre la perspectiva de una familia) y podían responder a cualquier colega. Concluyeron, luego de su uso, que el foro era una implementación importante y la mayoría de ellos consideraron la iniciativa muy útil, permitiéndoles planificar conversaciones y reacciones para hablar con los pacientes y sus seres queridos.

Tabla 3. Artículos incluidos en la revisión, clasificados como “aprendizaje pasivo y foro en línea”

Aprendizaje Pasivo y Foro en línea						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Brown SD, Callahan MJ, Browning DM, Lebowitz RL, Bell SK, Jang J <i>et al</i> , 2014 ⁵²	EE.UU.	109	Residentes de radiología	Longitudinal	Cuestionarios aplicados inmediatamente antes y después del taller de comunicación, que presentó discusiones mediadas, exposiciones y contenido multimedia.	Después de completar el taller, más alumnos informaron sentirse cómodos al comunicar malas noticias a los pacientes. Manifestaron la necesidad de una capacitación en comunicación adicional sobre divulgación de errores, comunicación general y riesgos de radiación.
Levi BH, Green MJ, 2003 ⁵³	EE.UU.	20	Residentes de medicina	Longitudinal	Hubo exposiciones didácticas, discusiones, sesiones con poesía y testimonios, para entender cómo el paciente recibe malas noticias. También hubo una clase didáctica sobre formas efectivas de comunicar malas noticias.	Los residentes disfrutaron la vivencia y la valoraron como una experiencia profesional. La apreciaron y reflexionaron sobre el propósito de convertirse en médicos y tratar con pacientes.
Coutinho F, Ramessur A, 2016 ⁵⁴	PT	260	Estudiantes de medicina	Transversal	Exposición de 45 minutos que tenía como objetivo proporcionar una teoría básica sobre cómo transmitir malas noticias (por ejemplo, SPIKES).	El 21% respondió a la encuesta. El 92% de ellos consideró que el tema debería incluirse en la currícula normal. El 83% consideró que la exposición era apropiada y efectiva, eficiente para la duración. Sin embargo, pensaron que sólo con las exposiciones no era suficiente y que las actividades prácticas también serían útiles.

continua...

Tabla 2. Continuación

Aprendizaje Pasivo y Foro en línea						
Autor, Año	País	n	Población	Diseño	Instrumentos	Resultados
Makoul G, Zick AB, Aakhus M, Neely KJ, Roemer PE, 2009 ⁵⁵	EE.UU.	315	Estudiantes de medicina	Longitudinal	El Foro Online sobre CD utiliza un diseño dialéctico virtual. Hace posible que los estudiantes se respondan entre sí y reflexionen. Además, se puede acceder en diferentes momentos y ubicaciones.	Los estudiantes brindaron historias sobre pacientes y llegaron a la conclusión de que la interfaz fue importante y los hizo más capaces de planificar conversaciones y reacciones. Además, comentaron sus experiencias en un grupo con asistencia y manifestaron cuánta influencia tuvieron.

n: número de la muestra; EE.UU.: Estados Unidos; TMN: Transmisión de Malas Noticias

Discusión

En primer lugar, debe considerarse que existe una tendencia temporal, actualmente, a hablar sobre la formación médica y su humanización. Esto queda demostrado por el mayor número de artículos que encontramos en la última década en comparación con el siglo pasado, reflejándose en el 96.3% de los artículos. Esto quiere decir que estamos construyendo una formación médica más empática y sólo puede significar una ganancia para el cuidado del paciente.

En general, fue posible encontrar estudios con diferentes estrategias de enseñanza para estudiantes de medicina, residentes y médicos con varios años de práctica clínica. El grupo más estudiado fueron los residentes médicos, que representan un primer paso hacia la práctica médica real. Por lo tanto, es muy plausible que la motivación y el interés en cualquier tipo de intervención sean más fuertes en este grupo en comparación con los estudiantes de medicina. Los médicos con gran trayectoria, por otro lado, ya se han visto expuestos a esta tarea, por lo que es posible que no se les pueda considerar un grupo prioritario para recibir formación en TMN.

Con respecto a las técnicas de enseñanza, los métodos más valiosos se vinculan con la adopción de estrategias mixtas ya que involucran diferentes tipos de enfoques, lo que es favorable en el proceso de formación de recuerdos. También es consistente con los resultados de diversos estudios^{8,21,22,39-51}. Sin embargo, una comparación directa entre los diferentes métodos no puede ofrecer una conclusión definitiva sobre el tema, ya que sólo sugieren, pero no señalan, cuál es definitivamente el más apropiado. Esto puede deberse a que el mejor método depende también de cómo se desarrolle el currículo médico, cómo se imparten las clases, cómo presentan el tema los profesores y cómo se estructura el sistema de salud. Estas variables dependen del país y de la cultura.

Un punto compartido entre diversas estrategias fue la presencia de una instancia de retroalimentación^{13,31-35,39,42,47,48}, que los estudiantes valoraron positivamente. Además, existe evidencia de que la retroalimentación en sí misma es una forma de aprendizaje, ya que permite a los estudiantes comprender y reflexionar sobre sus errores³⁹. Otra observación interesante es que ver las interacciones en la vida real (con pacientes reales) es más eficaz para que los alumnos aprendan⁵⁰. Asimismo, los escenarios creados a partir de una perspectiva biopsicosocial son más valiosos para los estudiantes⁴², al igual que conocer el mecanismo de la enfermedad y su evolución, cuando acompañan a la familia durante el proceso³².

Además, otros factores inherentes a la personalidad o al funcionamiento psicológico de los médicos podrían estar jugando un papel importante. Un ejemplo de esto es un interesante estudio australiano⁸ en el que médicos con trayectoria y con poca experiencia en dar malas noticias fueron expuestos a escenarios en que tenían que comunicarse con un paciente estandarizado. En esta intervención, se les enseñó tres métodos y tuvieron la libertad de elegir uno de ellos en este encuentro. Se midieron la conducción de la piel y la frecuencia cardíaca para comprender el estrés asociado a la comunicación. En las clases didácticas, los médicos aprendieron tres formas de dar malas noticias: con una pequeña introducción, de manera directa o con mucha información técnica. Los resultados señalaron que prefieren hablar directamente o con una breve introducción y estos métodos estuvieron asociados con menos estrés.

Aunque son útiles, los resultados de esta revisión deben interpretarse a la luz de algunas limitaciones. La primera es el reducido tamaño de muestra de la mayoría de los estudios^{8,21,22,31-35,37,39-41,48,50,53}. Los tamaños de muestra más pequeños se observaron especialmente en estudios con diseño longitudinal. Otras limitaciones fueron la ausencia de actividades prácticas en las estrategias de "aprendizaje pasivo"^{52,54}, la falta de un grupo de control^{40,42} y la ausencia de una evaluación

estandarizada luego del abordaje, que permitiría comparar las diferentes técnicas entre los estudios. Además, varias investigaciones restringieron las intervenciones a sólo una carrera o especialidad^{8,21,22,31-36,39-42,44-47,49-52,54,55}. La ausencia de un seguimiento a largo plazo también fue una limitación común para casi todos los estudios^{13,39,40,42-52,54}. El tamaño de la muestra excluyó la evaluación de subgrupos. Esto es especialmente importante a la luz de algunos datos que sugieren que las estudiantes mujeres podrían alcanzar mejor los objetivos de aprendizaje⁵⁶.

Un punto importante a destacar es la efectividad en el uso de los protocolos de transmisión de malas noticias. Tres de cada cuatro estudios^{13,37,54} que emplearon SPIKES no implicaron un grupo sin el protocolo. Esto significa que el rendimiento de los estudiantes no puede compararse con aquellos que no recibieron ninguna capacitación y no se puede establecer el impacto del uso del protocolo. Un estudio³⁹ comparó dos grupos: uno usando el protocolo SPIKES y otro sin ninguna lista de verificación a seguir, solamente comunicando malas noticias a los SP. Los resultados mostraron que ambos grupos tuvieron desempeños similares, con valoración de la experiencia y sintiéndose más seguros para dar malas noticias, lo que sugiere que la acción en sí es importante. Esta limitación fue observada en toda esta revisión, donde podemos ver que la mayoría de los estudios no utilizaron un grupo sin intervención, lo que nos impidió concluir qué técnica es más efectiva. Por otra parte, aunque los estudios citaron los métodos para cada abordaje, no se elucidaron en gran medida los detalles. La dificultad para evaluar a los estudiantes utilizando una lista de verificación estandarizada también fue un factor de complicación para determinar el mejor método de enseñanza.

Otra limitación es que sólo hay dos países en desarrollo en la lista, Brasil y Turquía, que representan el 11,12% de los estudios revisados. Las investigaciones realizadas en Estados Unidos correspondieron al 59,25% del total de artículos. Incluso considerando que esta información revela el papel central de este país en la producción de conocimiento de investigación médica, cuando analizamos los aspectos que podrían verse fuertemente influenciados por contextos culturales, sociales y económicos, el hecho de que la mayoría de los estudios se realizaron en una sola región geográfica podría ser problemático.

Finalmente, también es importante tener en cuenta la perspectiva de los pacientes en la comunicación de malas noticias. Los pacientes frecuentemente perciben una conversación con mucha información técnica como una actitud indiferente⁵⁷, y prefieren un médico que sea claro, firme y de mentalidad abierta con respecto a las opciones⁵⁸. Existe evidencia de que

los pacientes prefieren a los médicos que les preguntan cuánta información quieren recibir y que hacen una pausa para que puedan hacer preguntas^{11,58}. Creen que el médico debe ser capaz de verlos como individuos – complejos y portadores de estructuras emocionales, diferentes a los demás –, que cada uno tiene una enfermedad con un significado particular. Además, declaran sentirse mejor si el médico escucha atentamente sus inquietudes y demuestra interés por recomendar otros médicos y otras opciones de tratamiento, del mismo modo que valoran un médico que sea capaz de expresar emociones⁵⁹. También se percibe como un aspecto de cuidado el hecho de que el médico explique la condición médica de manera directa y franca, pero sin ser brusca, y con comunicación verbal y no verbal, respondiendo a las señales emocionales de manera empática y respetuosa⁵⁷.

Una vía prometedora para abordar la perspectiva individual fue el enfoque utilizado en un estudio en la Universidad de Chicago¹⁷, donde un programa de comunicación general enseñó TMN, teniendo en cuenta diferentes personalidades psicológicas y cómo se prefiere recibir malas noticias. Los resultados fueron positivos, pero la estrategia de enseñanza no se explicitó claramente.

Considerando la atmósfera de los cuidados médicos y la individualidad de cada paciente, es importante recordar que, aunque los métodos y protocolos de enseñanza son importantes, los médicos deben poder comprender y comunicarse con cada paciente de una manera única y adecuada, lo que también constituye un deseo expresado por los pacientes cuando se les pregunta por el tema.

Consideraciones finales

Los resultados de esta revisión sugieren que se podrían utilizar diferentes técnicas para enseñar TMN a estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos con experiencia. Si bien los enfoques mixtos se muestran como más valiosos, todos los enfoques probados y compilados en esta revisión tuvieron resultados positivos. Las limitaciones más importantes se relacionaron con los tamaños reducidos de las muestras, los aspectos metodológicos relacionados con la selección de los sujetos de investigación y la evaluación de resultados, y con el pequeño número de estudios realizados fuera de Estados Unidos. Nuestros resultados respaldan científicamente la adopción de la capacitación integral en TMN en la currícula regular de las facultades de medicina, los programas de residencia y la formación médica continua, ya que su importancia y aceptabilidad quedaron demostradas en la mayoría de los estudios.

Referências

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* [Internet]. 1984 [acesso 15 jan 2018];288(6430):1597-9. Disponível: <https://bit.ly/2VtIBBS>
2. Eggly S, Afonso N, Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med* [Internet]. 1997 [acesso 15 jan 2018];72(5):397-9. Disponível: <https://bit.ly/2JN0c4r>
3. Wittenberg-Lyles EM, Goldsmith J, Sanchez-Reilly S, Ragan SL. Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencies in current communication training protocols. *Soc Sci Med* [Internet]. 2008 [acesso 15 jan 2018];66(11):2356-65. Disponível: <https://bit.ly/30kXuZp>
4. Tang WR, Fang JT, Fang CK, Fujimori M. Truth telling in medical practice: students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice. *Psychooncology* [Internet]. 2012 [acesso 15 jan 2018];22(7):1605-10. Disponível: <https://bit.ly/2Hk7F84>
5. Tsai JC, Liu KM, Lee KT, Yen JC, Yen JH, Liu CK *et al.* Evaluation of the effectiveness of postgraduate general medicine training by objective structured clinical examination: pilot study and reflection on the experiences of Kaohsiung Medical University Hospital. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2008 [acesso 15 jan 2018];24(12):627-33. Disponível: <https://bit.ly/2JKEIKV>
6. Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Center)* [Internet]. 2016 [acesso 15 jan 2018];29(1):101-2. Disponível: <https://bit.ly/2JC4DLV>
7. Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery* [Internet]. 1993 [acesso 15 jan 2018];113(2):163-5. Disponível: <https://bit.ly/30sGcKe>
8. Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015 [acesso 15 jan 2018];98(10):1255-9. Disponível: <https://bit.ly/2HtYfH0>
9. Afghani B, Besimanto S, Amin A, Shapiro J. Medical students' perspectives on clinical empathy training. *Educ Health* [Internet]. 2011 [acesso 15 jan 2018];24(1):544. Disponível: <https://bit.ly/30iuYrz>
10. Supe AN. Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study. *Educ Health* [Internet]. 2011 [acesso 15 jan 2018];24(3):541. Disponível: <https://bit.ly/2vYyvNS>
11. Atasoy BM, Sarikaya O, Kuscü MK, Yondem M, Buyukkara E, Eken EG *et al.* Students meeting with caregivers of cancer patient: results of an experience-based learning project. *J Cancer Educ* [Internet]. 2012 [acesso 15 jan 2018];27(4):656-63. Disponível: <https://bit.ly/2VnSbVz>
12. Mostafazadeh-Bora M, Zarghami A. Breaking and sharing bad news in end of life: the religious and culture matters. *J Relig Health* [Internet]. 2017 [acesso 15 jan 2018];56(5):1655-7. Disponível: <https://bit.ly/2YuBiKN>
13. van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, Van Dalen J, Bonke B. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: a comparison. *Med Teach* [Internet]. 2012 [acesso 15 jan 2018];34(5):373-81. Disponível: <https://bit.ly/30sHd50>
14. Ury WA, Berkman CS, Weber CM, Pignotti MG, Leipzig RM. Assessing medical students' training in end-of-life communication: a survey of interns at one urban teaching hospital. *Acad Med* [Internet]. 2003 [acesso 15 jan 2018];78(5):530-7. Disponível: <https://bit.ly/2JiiU3n>
15. Hebert HD, Butera JN, Castillo J, Mega AE. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [acesso 15 jan 2018];12(12):1119-24. Disponível: <https://bit.ly/2WKDs8y>
16. Hochberg MS, Kalet A, Zabar S, Kachur E, Gillespie C, Berman RS. Can professionalism be taught? Encouraging evidence. *Am J Surg* [Internet]. 2010 [acesso 15 jan 2018];199(1):86-93. Disponível: <https://bit.ly/30hiC2S>
17. Ang M. Advanced communication skills: conflict management and persuasion. *Acad Med* [Internet]. 2002 [acesso 15 jan 2018];77(11):1166. Disponível: <https://bit.ly/30ggTUF>
18. Vetto JT, Elder NC, Toffler WL, Fields SA. Teaching medical students to give bad news: does formal instruction help? *J Cancer Educ* [Internet]. 1999 [acesso 15 jan 2018];14(1):13-7. Disponível: <https://bit.ly/2W6eAek>
19. Lubimir KT, Wen AB. Towards cultural competency in end-of-life communication training. *Hawaii Med J* [Internet]. 2011 [acesso 15 jan 2018];10(11):239-41. Disponível: <https://bit.ly/2JiZyfl>
20. Rider EA, Volkan K, Hafler JP. Pediatric residents' perceptions of communication competencies: implications for teaching. *Med Teach* [Internet]. 2008 [acesso 15 jan 2018];30(7):e208-17. Disponível: <https://bit.ly/2HAZlvx>
21. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 [acesso 15 jan 2018];32(20):2166-72. Disponível: <https://bit.ly/2Hocl7z>
22. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Akizuki N, Katsumata N, Kubota K *et al.* Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. *Palliat Support Care* [Internet]. 2014 [acesso 15 jan 2018];12(5):379-86. Disponível: <https://bit.ly/2LI5ukc>
23. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* [Internet]. 1982 [acesso 15 jan 2018];72(2):141-51. Disponível: <https://bit.ly/2E6QxBQ>

24. Uhlmann RF, Inui TS, Pecoraro RE, Carter WB. Relationship of patient request fulfillment to compliance, glycemic control, and other health care outcomes in insulin-dependent diabetes. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1988 [acceso 15 jan 2018];3(5):458-63. Disponible: <https://bit.ly/2JFd9wQ>
25. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1989 [acceso 15 jan 2018];4(6):506-11. Disponible: <https://bit.ly/2VrTF1f>
26. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* [Internet]. 2000 [acceso 15 jan 2018];49(9):796-804. Disponible: <https://bit.ly/2Vo5wgD>
27. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* [Internet]. 1995 [acceso 15 jan 2018];152(9):1423-33. Disponible: <https://bit.ly/2E5sROg>
28. Benware CA, Deci EL. Quality of learning with an active versus passive motivational set. *Am Educ Res J* [Internet]. 1984 [acceso 15 jan 2018];21(4):755-6. DOI: 10.3102/00028312021004755
29. Putnam AL, Sungkhasettee VW, Roediger HL III. Optimizing learning in college: tips from cognitive psychology. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2016 [acceso 15 jan 2018];11(5):652-60. DOI: 10.1177/1745691616645770
30. Michael J. Where's the evidence that active learning works? *Adv Physiol Educ* [Internet]. 2006 [acceso 15 jan 2018];30(4):159-67. DOI: 10.1152/advan.00053.2006
31. Lifchez SD, Redett RJ III. A standardized patient model to teach and assess professionalism and communication skills: the effect of personality type on performance. *J Surg Educ* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];71(3):297-301. Disponible: <https://bit.ly/2E9APGb>
32. Arnold RM, Back AL, Barnato AE, Prendergast TJ, Emler LL, Karpov I *et al.* The critical care communication project: improving fellows' communication skills. *J Crit Care* [Internet]. 2015 [acceso 15 jan 2018];30(2):250-4. Disponible: <https://bit.ly/2LCPobo>
33. Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics* [Internet]. 1999 [acceso 15 jan 2018];103(6 Pt 1):1210-7. Disponible: <https://bit.ly/2HjdK5J>
34. Ju M, Berman AT, Hwang WT, Lamarra D, Baffic C, Suneja G *et al.* Assessing interpersonal and communication skills in radiation oncology residents: a pilot standardized patient program. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];88(5):1129-35. Disponible: <https://bit.ly/2E7IMNe>
35. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching students to break bad news. *Am J Surg* [Internet]. 2001 [acceso 15 jan 2018];182(1):20-3. DOI: 10.1016/S0002-9610(01)00651-1
36. Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M. Teaching medical students how to break bad news: a Turkish experience. *J Cancer Educ* [Internet]. 2009 [acceso 15 jan 2018];24(4):246-8. Disponible: <https://bit.ly/2E74pw4>
37. Ramaswamy R, Williams A, Clark EM, Kelley AS. Communication skills curriculum for foreign medical graduates in an internal medicine residency program. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];62(11):2153-8. DOI: 10.1111/jgs.13094
38. Vail L, Sandhu H, Fisher J, Cooke H, Dale J, Barnett M. Hospital consultants breaking bad news with simulated patients: an analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 [acceso 15 jan 2018];83(2):185-94. Disponible: <https://bit.ly/2LITT4r>
39. Setubal MSV, Antonio MÂRGM, Amaral EM, Boulet J. Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: a randomized intervention study. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [acceso 15 jan 2018];40(3):137-46. DOI: 10.1055/s-0037-1621741
40. Karam VY, Barakat H, Aouad M, Harris I, Park YS, Youssef N *et al.* Effect of a simulation-based workshop on breaking bad news for anesthesiology residents: an intervention study. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2017 [acceso 15 jan 2018];17(1):77. Disponible: <https://bit.ly/2HtRlwi>
41. Cohen RA, Jackson VA, Norwich D, Schell JO, Schaefer K, Ship AN *et al.* A nephrology fellows' communication skills course: an educational quality improvement report. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2016 [acceso 15 jan 2018];68(2):203-11. Disponible: <https://bit.ly/2Jk3Vqw>
42. von Lengerke T, Kursch A, Lange K. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: an evaluation study based on students' self-assessments. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2011 [acceso 15 jan 2018];28(4):Doc54. Disponible: <https://bit.ly/2YvFIAX>
43. Abel J, Dennison S, Senior-Smith G, Dolley T, Lovett J, Cassidy S. Breaking bad news: development of a hospital-based training workshop. *Lancet Oncol* [Internet]. 2001 [acceso 15 jan 2018];2(6):380-4. Disponible: <https://bit.ly/2HmGqK5>
44. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Acad Med* [Internet]. 2006 [acceso 15 jan 2018];81(11):1008-12. Disponible: <https://bit.ly/2YrbP4T>
45. Sombra Neto LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HTM, Gonçalves ALM, Pires APB *et al.* Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2017 [acceso 15 jan 2018];41(2):260-8. Disponible: <https://bit.ly/2YzM8y>
46. Burn CL, Hurst SA, Ummel M, Cerutti B, Baroffio A. Telling the truth: medical students' progress with an ethical skill. *Med Teach* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];36(3):251-9. DOI: 10.3109/0142159X.2013.853118
47. Hurst SA, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Med Educ Online* [Internet]. 2015 [acceso 15 jan 2018];20(1):28133. DOI: 10.3402/meo.v20.28133

48. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];29(4):704-8. Disponible: <https://bit.ly/2JzS2fw>
49. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res* [Internet]. 2017 [acceso 15 jan 2018];211:172-7. Disponible: <https://bit.ly/2E9R06x>
50. Ellman MS, Fortin AH VI. Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness: comparison of two approaches to experiential, skill-based, and self-reflective learning. *Yale J Biol Med* [Internet]. 2012 [acceso 15 jan 2018];85(2):261-70. Disponible: <https://bit.ly/2LFOAEs>
51. Szmuilowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliat Med* [Internet]. 2010 [acceso 15 jan 2018];13(4):439-52. Disponible: <https://bit.ly/2WNG7yA>
52. Brown SD, Callahan MJ, Browning DM, Lebowitz RL, Bell SK, Jang J *et al.* Radiology trainees' comfort with difficult conversations and attitudes about error disclosure: effect of a communication skills workshop. *J Am Coll Radiol* [Internet]. 2014 [acceso 15 jan 2018];11(8):781-7. Disponible: <https://bit.ly/2LHt6oQ>
53. Levi BH, Green MJ. Humanities in full retreat. *Teach Learn Med* [Internet]. 2003 [acceso 15 jan 2018];15(4):252-6. Disponible: <https://bit.ly/2W3aunp>
54. Coutinho F, Ramessur A. An overview of teaching communication of bad news in medical school: should a lecture be adequate to address the topic? *Acta Med Port* [Internet]. 2016 [acceso 15 jan 2018];29(12):826-31. Disponible: <https://bit.ly/2LE0fBP>
55. Makoul G, Zick AB, Aakhus M, Neely KJ, Roemer PE. Using an online forum to encourage reflection about difficult conversations in medicine. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010 [acceso 15 jan 2018];79(1):83-6. Disponible: <https://bit.ly/2WDMrbE>
56. Lisle J, Teelucksingh S, Seemungal T, Mungrue K, Willimas S. Gender differentials on breaking bad news: implications for communication skills training in medical school. In: Steele GA, editor. *Health communication in the Caribbean and beyond: a reader*. Kingston: University of the West Indies Press; 2011. p. 21-43.
57. Quirk M, Mazor K, Haley HL, Philbin M, Fischer M, Sullivan K, Hatem D. How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008 [acceso 15 jan 2018];72(3):359-66. Disponible: <https://bit.ly/2WHrpZV>
58. Wheatley-Price P, Massey C, Panzarella T, Shepherd FA, Mikhael J. Resident preparedness in discussing prognosis in patients with advanced lung cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2010 [acceso 15 jan 2018];18(4):491-7. Disponible: <https://bit.ly/2Vog0wo>
59. Hatem D, Mazor K, Fischer M, Philbin M, Quirk M. Applying patient perspectives on caring to curriculum development. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008 [acceso 15 jan 2018];72(3):367-73. Disponible: <https://bit.ly/2JjPpyZ>

Participación de los autores

Nicole Cavalari Camargo y Marcelo Gonçalves de Lima elaboraron la revisión sistemática y las tablas. Elisa Brietzke llevó a cabo la revisión final del texto. Samantha Mucci junto con Aécio Flávio Teixeira de Góis supervisaron el proyecto.

Nicole Cavalari Camargo

 0000-0003-4999-3384

Marcelo Gonçalves de Lima

 0000-0001-6742-5845

Elisa Brietzke

 0000-0003-2697-1342

Samantha Mucci

 0000-0003-3809-8173

Aécio Flávio Teixeira de Góis

 0000-0003-0217-1463

