

Comunicação de más notícias a los pacientes desde la perspectiva de estudantes de medicina

Miguel Henrique Freiberger¹, Diego de Carvalho², Elcio Luiz Bonamigo³

Resumen

El objetivo de este estudio fue verificar si los estudiantes de medicina adquirieron conocimiento sobre comunicación de más noticias a los pacientes durante el ciclo clínico de la carrera de grado en la universidad. Se aplicó un cuestionario a dos grupos: Grupo 1, que no había cursado disciplinas sobre el tema, y Grupo 2, que ya las había cursado. Conocían el Protocolo Spikes el 29,41% del Grupo 1 y el 100% del Grupo 2 ($p=0,0001$). Se consideraron parcialmente preparados para la comunicación el 25,88% del Grupo 1 y el 81,01% del Grupo 2 ($p=0,0001$). Se sentían más seguros después del estudio el 17,65% del Grupo 1 y el 83,54% del Grupo 2 ($p=0,0001$). Atribuyeron nota máxima a la importancia del aprendizaje el 90,59% del Grupo 1 y el 87,34% del Grupo 2 ($p=0,8166$). Se concluyó que todos reconocían la relevancia de la enseñanza de la comunicación de más noticias. Además, la amplia diferencia de conocimiento del Grupo 2 destaca la eficacia del abordaje del tema durante la carrera de grado.

Palabras clave: Comunicación en salud. Revelación de la verdad. Relaciones médico-paciente. Aprendizaje. Bioética.

Resumo

Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina

O objetivo deste estudo foi verificar se estudantes de medicina adquiriram conhecimento sobre comunicação de más notícias aos pacientes durante a graduação. Aplicou-se questionário para dois grupos: Grupo 1, que não havia cursado disciplinas sobre o tema, e Grupo 2, que já as havia cursado. Conheciam o protocolo Spikes 29,41% do Grupo 1 e 100% do Grupo 2 ($p=0,0001$). Consideraram-se parcialmente preparados para a comunicação 25,88% do Grupo 1 e 81,01% do Grupo 2 ($p=0,0001$). Sentiam-se mais seguros após o estudo 17,65% do Grupo 1 e 83,54% do Grupo 2 ($p=0,0001$). Atribuíram nota máxima à importância do aprendizado 90,59% do Grupo 1 e 87,34% do Grupo 2 ($p=0,8166$). Concluiu-se que todos reconheciam a relevância do ensino sobre comunicação de más notícias. Além disso, a ampla diferença de conhecimento do Grupo 2 destaca a eficácia da abordagem ao tema na graduação.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Revelação da verdade. Relações médico-paciente. Aprendizagem. Bioética.

Abstract

Delivering bad news to patients from the perspective of medical students

The objective of this study is to verify if medical students acquired knowledge about delivering bad news to patients during their undergraduate clinical courses. A questionnaire was applied to two groups: Group 1, which had not studied the theme and Group 2, which had already studied it. 29.41% of Group 1 knew about the Spikes Protocol and 100% of Group 2 ($p=0.0001$) knew about it. 25.88% of Group 1 and 81.01% of Group 2 ($p=0.0001$) were partially prepared for communication. 17.65% of Group 1 and 83.54% of Group 2 ($p=0.0001$) felt more secure after the study. 90.59% of Group 1 attributed a maximum grade to the importance of learning and 87.34% of Group 2 ($p=0.8166$) did the same. It was concluded that all students recognized the importance of learning about delivering bad news and the wide difference of knowledge in favor of Group 2 highlights the effectiveness of its approach during under graduation.

Keywords: Health communication. Truth disclosure. Physician-patient relations. Learning. Bioethics.

Aprovação CEP-Unoesc 1.458.369

1. **Mestre** mhfreiberger@gmail.com – Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) 2. **Doutor** diego.carvalho@unoesc.edu.br – Unoesc 3. **Doutor** elcio.bonamigo@unoesc.edu.br – Unoesc, Joaçaba/SC, Brasil.

Correspondência

Elcio Luiz Bonamigo – Rua Treze de Maio, 314, sala 21 CEP 89600-000. Joaçaba/SC, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Las malas noticias en el área de la salud son informaciones que pueden empeorar la perspectiva de futuro del paciente, dependiendo de su personalidad, creencias y apoyo social^{1,2}. La expresión “comunicación de malas noticias” (del inglés “*breaking bad news*”) adoptada en este trabajo por ser ampliamente consagrada en la literatura, no siempre se traduce de esa forma – el Instituto Nacional del Cáncer (Inca), por ejemplo, adoptó el término “comunicación de noticias difíciles”³.

La forma y el contenido de transmisión de dichas noticias a los enfermos ha variado en el transcurso de la historia humana. En la Antigüedad, el médico tenía una postura autónoma y la verdad era eventualmente omitida para que el paciente no desviara su atención del tratamiento. Sin embargo, las demás informaciones eran entregadas con jovialidad, serenidad y ánimo⁴.

En los siglos siguientes ocurrieron algunos cambios⁴, pero el énfasis vigoroso en la autonomía humana en las últimas décadas contribuyó decisivamente a una mayor preocupación social por el bienestar del paciente. Eso se reflejó en el contenido de documentos internacionales y nacionales, incluso en el Código de Ética Médica (CEM) brasileño, cuyo artículo 34 determina que el médico tiene el deber de revelarle *al paciente el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos y los objetivos del tratamiento*⁵, pero siempre que dicha información no le cause daños.

La comunicación durante la asistencia a la salud se volvió tan importante para el paciente como su tratamiento y, cuando es adecuada, favorece la adhesión al tratamiento, la aceptación de la terapia y la satisfacción con la atención^{6,7}. Normalmente, el profesional aprende a informar malas noticias por medio del intento y error o por la observación de colegas con más experiencia, pero eso no garantiza una comunicación efectiva, sin percances o consecuencias no deseadas y no hay suficientes evidencias de que la habilidad del profesional evolucione con el tiempo sin un entrenamiento específico⁸.

Por un lado, comunicar malas noticias, especialmente cuando se trata de un diagnóstico de enfermedad incurable, es algo delicado para los profesionales, ya que las emociones manifestadas por el paciente pueden ser, muchas veces, difíciles de evitar. Por otro lado, la habilidad de lidiar con tal situación no es innata ni un don divino, pero puede adquirirse con información y entrenamiento, con el fin de que las consecuencias negativas para los pacientes se minimicen¹. Para ello, es necesario adecuar las mallas curriculares de las carreras de medicina al estudio de la comunicación, sobre todo cuando se dirige a pacientes gravemente enfermos¹.

Sin embargo, hay opiniones divergentes. Por ejemplo, un estudio brasileño, cuyo objetivo era determinar evidencias de la eficacia del entrenamiento de médicos y de estudiantes de medicina para informar malas noticias, no llegó a ninguna afirmación con respecto a su eficiencia, pues existen muchas formas de comunicación entre personas con diferentes culturas y se necesitarían otras investigaciones con el grupo-control para comprobar la hipótesis⁹.

Entre las diversas competencias clínicas esenciales para un trabajo exitoso en salud, la comunicación entre el médico y el paciente tiene un lugar destacado, pues favorece la acogida, el diálogo y la comprensión recíprocos¹⁰. Una de las estrategias más difundidas para revelar el diagnóstico de cáncer es el protocolo Spikes, una guía didáctica que presenta seis pasos para dirigir el proceso y que también puede utilizarse para otras enfermedades¹¹.

En ese contexto, se considera que actualmente las escuelas proporcionan suficiente información y entrenamiento sobre la comunicación de malas noticias a los estudiantes de medicina. Siendo así, el presente estudio tiene como objetivo verificar la forma en que los estudiantes de una facultad de medicina autoevaluaron su conocimiento sobre esa comunicación antes y después de cursar las asignaturas que tratan sobre el asunto durante el ciclo clínico.

Método

La investigación se realizó entre el 22 y el 28 de noviembre de 2016, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Oeste de Santa Catarina. La muestra del estudio consistió en 164 estudiantes divididos en dos grupos: el Grupo 1, compuesto por estudiantes de primera, segunda y tercera fase de la carrera de medicina, quienes todavía no habían cursado las asignaturas de Ética y Sociedad (Bioética) y Ética Médica, en la cual se imparte el contenido sobre la comunicación de malas noticias a los pacientes; y el Grupo 2, compuesto por estudiantes de la octava, novena y décima fase, quienes habían cursado recientemente las respectivas asignaturas. El criterio de exclusión fue el no consentimiento para participar en el estudio o no llenar completamente el cuestionario. Se excluyeron del estudio a los alumnos de la cuarta a la séptima fase, porque era el ciclo (clínico) en que se imparten las dos asignaturas que tratan específicamente sobre el asunto de esta investigación.

Como instrumento de recolección de datos, se utilizó el cuestionario autoaplicable con tres

preguntas generales relacionadas con la caracterización sociodemográfica y trece preguntas específicas con alternativas binarias, de selección múltiple y escalonadas. Se abordó a los estudiantes en su sala de clases, mediante la autorización previa del profesor responsable. Uno de los investigadores se presentaba, explicaba el objetivo y el propósito del estudio, así como también le aseguraba al estudiante el sigilo de la información recolectada y el anonimato. Después de la aceptación, se le entregó al participante el término de consentimiento informado (TCLE), el cual debería firmarse en dos copias: una en posesión del investigador y otra del participante.

Después de obtener los datos de los cuestionarios, se tabularon y calcularon en números absolutos y porcentajes. El análisis estadístico fue realizado por el sistema Statistica 7.0 (StatSoft). Se aplicaron la prueba exacta de Fisher y el chi cuadrado de Pearson, dependiendo del arreglo de las comparaciones entre las variables analizadas. El nivel de significancia se estableció en $p \leq 0,05$. Se contactó previamente a la dirección de la carrera para la autorización de la investigación, la cual solo inició después de tener la aprobación del Comité de Ética en Investigación Institucional.

Resultados

La muestra contó con 164 participantes, de ellos 97 (59%) eran del sexo femenino y 67 (41%) del masculino. El promedio de edad fue de 22,4 años con una mínima de 17 y una máxima de 38. Eran 161 (98,2%) solteros, 2 (1,2%) casados y había 1 (0,6%)

viudo. En cuanto a la fase de la carrera, 85 (52%) estaban entre la primera y la tercera fase (Grupo 1) y 79 (48%) entre la octava y la décima fase (Grupo 2).

En la Tabla 1 se presentan los resultados referentes a preguntas sobre la experiencia de los estudiantes de los Grupos 1 y 2 en relación con la comunicación de malas noticias a los pacientes. En la comparación entre los dos grupos se constata que la mayoría de los alumnos de las fases más avanzadas (Grupo 2) había visto al médico comunicar una mala noticia al paciente, contrastando con la reducida parte encontrada en las fases iniciales (Grupo 1). Aunque ninguno de los estudiantes del Grupo 1 había comunicado todavía una mala noticia al paciente, parte del Grupo 2 ya había tenido esta experiencia, por solicitud del médico, siendo más frecuente la comunicación del diagnóstico de cáncer.

La Tabla 2 presenta datos sobre el aprendizaje y el conocimiento de los dos grupos en cuanto a la comunicación de malas noticias a los pacientes. Los participantes del Grupo 2 mostraron mayor comprensión sobre los protocolos para informar tales noticias, principalmente sobre el protocolo Spikes. Además, se sintieron más preparados que el Grupo 1 para la pregunta y los resultados son significativos ($p=0,0001$).

La evaluación del grado de la importancia del aprendizaje (0 a 5) sobre esa comunicación de malas noticias al paciente está en la Tabla 3. Casi todos los participantes le atribuyeron nota máxima. Solamente dos participantes del Grupo 1 le atribuyeron notas cero y 1 y nadie del Grupo 2 puso una nota inferior a tres.

Tabla 1. Datos sobre la adquisición de experiencia en comunicación de malas noticias de los Grupos 1 y 2.

| Datos específicos | Grupo 1 | | Grupo 2 | | p |
|---|-----------|------------|-----------|------------|---------|
| | n | % | n | % | |
| ¿Presenció al médico comunicando una mala noticia al paciente? | | | | | |
| Sí | | | | | |
| Diagnóstico de cáncer | 10 | 12 | 56 | 71 | <0,0001 |
| Diagnóstico de otra enfermedad | 5 | 6 | 5 | 6 | |
| Muerte de paciente | 3 | 3 | 9 | 11,5 | |
| No | 67 | 79 | 9 | 11,5 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |
| ¿La comunicación del médico fue satisfactoria? | | | | | |
| Sí | | | | | |
| No | 3 | 3,5 | 8 | 10 | <0,0001 |
| No aplica | 66 | 77,5 | 8 | 10 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |

continua...

Tabla 1. Continuación...

| Datos específicos | Grupo 1 | | Grupo 2 | | p | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|---------|--|
| | n | % | n | % | | |
| ¿Comunicó alguna mala noticia a un paciente? | | | | | | |
| No | 85 | 100 | 54 | 68 | - | |
| Sí ¿Qué noticia? | | | | | | |
| Diagnóstico de VIH | 0 | 0 | 1 | 1,5 | | |
| Empeoramiento de la enfermedad | 0 | 0 | 4 | 5 | | |
| Diagnóstico de cáncer | 0 | 0 | 16 | 20 | | |
| Muerte de paciente | 0 | 0 | 1 | 1,5 | | |
| Diagnóstico de no cáncer/VIH | 0 | 0 | 3 | 4 | | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | | |
| ¿Quién le solicitó que comunicara la noticia? | | | | | | |
| Médico | 1 | 1 | 20 | 25 | - | |
| Enfermería | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Paciente | 1 | 1 | 2 | 2,5 | | |
| Nadie | 83 | 98 | 55 | 69,5 | | |
| Familiar | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| Otro ¿Quién? | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | | |
| ¿Le comunicó al paciente una mala noticia sobre su salud? | | | | | | |
| No o no aplica | 83 | 97,64 | 9 | 11,39 | <0,0001 | |
| Sí ¿Cuál? | | | | | | |
| Explicó los riesgos de la hipertensión arterial | 1 | 1,18 | 0 | 0,00 | | |
| Mostró el resultado de un examen alterado | 1 | 1,18 | 0 | 0,00 | | |
| Diagnóstico de VIH | 0 | 0 | 2 | 2,53 | | |
| Empeoramiento de la enfermedad | 0 | 0 | 1 | 1,27 | | |
| Diagnóstico de cáncer | 0 | 0 | 7 | 8,86 | | |
| Diagnóstico de no cáncer/VIH | 0 | 0 | 5 | 6,33 | | |
| No mencionó la noticia | 0 | 0 | 3 | 3,80 | | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | | |
| ¿En qué fase de la carrera comunicó la mala noticia? | | | | | | |
| No comunicó | 83 | 98 | 49 | 62 | <0,0001 | |
| 1ª | 1 | 1 | 0 | 0 | | |
| 2ª | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| 3ª | 1 | 1 | 0 | 0 | | |
| 4ª a la 7ª | 0 | 0 | 7 | 9 | | |
| 8ª a la 10ª | 0 | 0 | 22 | 28 | | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | | |

Tabla 2. Datos sobre el estudio de la comunicación de malas noticias de los estudiantes de los Grupos 1 y 2.

| Datos específicos | Grupo 1 | | Grupo 2 | | p |
|---|---------|----|---------|------|--------|
| | n | % | n | % | |
| ¿Participó en algún evento sobre comunicación de una mala noticia? | | | | | |
| No | 4 | 5 | 8 | 10 | 0,1829 |
| Semana académica de la medicina | 81 | 95 | 65 | 82,5 | |
| Congreso de bioética | 0 | 0 | 2 | 2,5 | |

continua...

Tabla 2. Continuación...

| Datos específicos | Grupo 1 | | Grupo 2 | | p |
|---|-----------|------------|-----------|------------|---------|
| | n | % | n | % | |
| ¿Participó en algún evento sobre comunicación de una mala noticia? | | | | | |
| Mesa redonda | 0 | 0 | 2 | 2,5 | 0,1829 |
| Carrera | 0 | 0 | 2 | 2,5 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |
| Estrategia de enseñanza utilizada para su aprendizaje | | | | | |
| Película | 22 | 26 | 53 | 67 | <0,0001 |
| Dramatización (simulación) | 5 | 6 | 40 | 51 | |
| Video didáctico | 26 | 31 | 39 | 50 | |
| Protocolo Spikes | 21 | 25 | 77 | 97,5 | |
| Clase expositiva | 50 | 59 | 59 | 75 | |
| No tuve ninguna estrategia | 15 | 18 | 2 | 2,5 | |
| Otra estrategia | | | | | |
| Charla | 7 | 8 | 0 | 0 | |
| Relato de caso | 2 | 2,5 | 0 | 0 | |
| Situación real | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| ¿Se siente más seguro para comunicar una mala noticia al paciente después de estudiar la asignatura? | | | | | |
| Sí | 15 | 17,65 | 66 | 83,54 | <0,0001 |
| No | 6 | 7,06 | 13 | 16,46 | |
| Todavía no he estudiado la asignatura | 64 | 75,29 | 0 | 0,00 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |
| ¿Conoce algún protocolo de comunicación? | | | | | |
| Sí | 23 | 27 | 79 | 100 | <0,0001 |
| No | 62 | 73 | 0 | 0 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |
| ¿Conoce el Protocolo SPIKES? | | | | | |
| Sí | 25 | 30 | 79 | 100 | <0,0001 |
| No | 60 | 70 | 0 | 0,00 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |
| ¿Cuánto cree estar preparado para comunicar una mala noticia al paciente? | | | | | |
| Totalmente preparado | 4 | 5 | 0 | 0 | <0,0001 |
| Parcialmente preparado | 18 | 21 | 64 | 81 | |
| Parcialmente no preparado | 29 | 34 | 15 | 19 | |
| Totalmente no preparado | 34 | 40 | 0 | 0 | |
| Total | 85 | 100 | 79 | 100 | |

Tabla 3. Nota de los estudiantes a la importancia del aprendizaje de la comunicación de malas noticias al paciente

| Grado de importancia del aprendizaje de la comunicación | Grupo 1 | | Grupo 2 | | p |
|---|-----------|---------------|-----------|---------------|--------|
| | n | % | n | % | |
| 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0,4330 |
| 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3 | 2 | 2,5 | 2 | 2,5 | |
| 4 | 4 | 5 | 8 | 10 | |
| 5 | 77 | 90,5 | 69 | 87,5 | |
| Total | 85 | 100,00 | 79 | 100,00 | |

Discusión

En el Grupo 1, pocos alumnos tuvieron la oportunidad de ver al médico dando ese tipo de noticia al paciente, pero en el Grupo 2 la mayoría ya había presenciado dicha situación (Tabla 1). La comunicación (verbal y no verbal) está entre las habilidades y actitudes a ser adquiridas por los estudiantes, según las Directrices Curriculares Nacionales de las Carreras de Medicina¹². Una de las formas tradicionales de aprender sobre ese aspecto es la observación de médicos con más experiencia, aunque ya existan técnicas más efectivas, como el *role playing* (juego de roles), es decir, el entrenamiento entre pares y el uso de pacientes simulados¹³⁻¹⁵.

El diagnóstico de cáncer fue lo comunicado con más frecuencia por los estudiantes del Grupo 2, a petición del médico asistente, y la hipertensión arterial fue la enfermedad más explicada a los pacientes. La investigación constató que las informaciones entregadas por los alumnos de medicina son bien recibidas por los enfermos quienes, por su parte, interpretan el momento como una oportunidad para obtener más aclaraciones sobre su enfermedad¹⁶.

Aunque esta práctica sea bien aceptada y desarrolle las habilidades de los estudiantes, algunos pacientes prefieren recibir la noticia de enfermedades con pronósticos desfavorables de parte del médico en quien más confían. Sin embargo, un estudio realizado en Brasil constató que solamente el 60% de los profesionales hacen eso personalmente¹⁷.

Una investigación realizada en Portugal con médicos del primer año de residencia identificó tres carencias durante la carrera de grado: aprendizaje insuficiente sobre la comunicación de malas noticias; inserción precoz y desarticulada del tema en la malla curricular y poca preparación para lidiar con las emociones¹⁸. En estos aspectos, la oferta de este contenido en las asignaturas curriculares del ciclo clínico de la carrera investigada ha mejorado el aprendizaje, según la autoevaluación de los alumnos, permitiendo informar diagnósticos directamente a los pacientes, bajo la supervisión médica, en la secuencia de la carrera de grado.

El aprendizaje en relación con el asunto de los participantes de la presente investigación se produjo durante el curso de asignaturas y charlas en la Semana Académica (Tabla 2). En cuanto al aprendizaje curricular, el estudio del protocolo Spikes, películas, clases expositivas, dramatizaciones y los videos didácticos fueron las estrategias de enseñanza más apuntadas por los participantes. La mayoría de ellos afirmó sentirse más seguro después del estudio. El enfoque

teórico sobre protocolos estandarizados en clases expositivas, así como la participación de pacientes simulados y *role playing* (entrenamiento entre pares) son técnicas que también pueden desarrollar ese tipo de práctica en los alumnos¹⁹.

Otra investigación (revisión de literatura) hecha en 2010 descubrió que la dramatización con pacientes simulados y el *role playing* eran más indicados para ese aprendizaje en los artículos investigados¹³. Además, se destaca que las películas están entre las estrategias útiles para la enseñanza sobre el tema ya que revelan la subjetividad, el punto de vista del enfermo para el espectador²⁰. De esa forma, el arte cinematográfico crea mediaciones entre alumnos y pacientes y ayuda a lidiar con dificultades y la ansiedad que surgen en el día a día de los profesionales²¹.

En relación con el conocimiento de protocolos, específicamente del protocolo Spikes, casi un tercio de los estudiantes de las primeras fases y todos los de las series más avanzadas afirmaron conocerlo. Los alumnos del Grupo 1 que ya conocían el tópico se familiarizaron con el asunto en un curso extra-curricular durante la semana académica. El conocimiento del protocolo Spikes revelado por todos los participantes de las fases posteriores al ciclo clínico (Grupo 2), compuesto por alumnos que habían cursado las asignaturas sobre ese contenido, transparente la efectividad del estudio respectivo.

En otra investigación, orientada al protocolo Spikes sobre la enseñanza de la comunicación de malas noticias para estudiantes de medicina, se concluye que, a pesar de que algunos relataron que los seis pasos del documento podían restringir la libertad del médico para transmitir malas noticias, fue considerado válido, didáctico y adaptable a diferentes situaciones²². El hecho de que algunos alumnos juzgaran el protocolo como un factor limitador, puede indicar que todavía no tuvieron un entrenamiento práctico para conocer mejor las variaciones de su uso.

Una de las últimas preguntas formuladas a los estudiantes fue cómo interpretaban su preparación para transmitir malas noticias a los pacientes y hubo más respuestas positivas en el Grupo 2, lo cual ya se esperaba (Tabla 2). Sin embargo, se destaca que ningún estudiante de ese grupo se consideró totalmente preparado o no preparado: la mayoría se sentía parcialmente listo, anunciando la percepción de la eficacia de la enseñanza impartida.

La efectividad de técnicas específicas para el aprendizaje de la transmisión de malas noticias es cuestionada por algunos autores². Sin embargo, la mayoría de los alumnos de ambos grupos del

presente estudio evaluó positivamente la enseñanza, atribuyéndole la nota máxima a la importancia, sin que hubiese una diferencia significativa en las respuestas (Tabla 3). Aun así, dos participantes del Grupo 1 le atribuyeron, respectivamente, notas cero y uno, pero nadie del Grupo 2 asignó una nota menor que 3, lo cual señala que la relevancia puede no ser percibida por algunas personas sin el conocimiento debido, pero se desarrolla con el avance en la formación, cuando se vuelven conscientes de las consecuencias de las malas noticias para el paciente.

El médico puede sentir angustia y tristeza cuando percibe que no se comunicó satisfactoriamente y esa experiencia puede generar problemas físicos y emocionales con el tiempo²³. En una investigación realizada con profesionales que trabajaban directamente con portadores de VIH/sida, se constató que, aunque la mayoría se sentía tranquilo con su forma de revelar el diagnóstico, algunos se mostraron conmovidos, tristes o angustiados. Incluso, muchos relataron dificultades para lidiar con las reacciones más comunes de los pacientes, como agresividad, angustia, apatía, estado de choque, culpa, desesperación, duda, miedo de separación, pena, negación, ira, sensación de término de la vida y ganas de rezar²⁴.

Otra investigación fue más enfática al afirmar el grado de sufrimiento de los profesionales de la salud que comunican malas noticias²⁵. Las consecuencias negativas que pueden sobrevenirles a ellos y a sus pacientes promueven la necesidad de

mejorar la técnica y habilidades que minimicen efectos no deseables para ambos.

Consideraciones finales

La mayoría de los participantes consideró importante el aprendizaje en el asunto enfocado aquí, independientemente de ya haber cursado o no las asignaturas sobre el tema. Las tácticas más frecuentemente apuntadas por los que ya habían estudiado el tópico, en orden decreciente, fueron: clases expositivas, videos didácticos, películas, uso del protocolo Spikes y dramatizaciones (*role playing*).

En cuanto a los protocolos, principalmente en el caso del protocolo Spikes, hubo una gran diferencia de conocimiento a favor de los participantes del Grupo 2, quienes ya habían cursado las asignaturas y habían tenido más posibilidades de observar a médicos transmitiendo malas noticias y de informar personalmente diagnósticos y explicar enfermedades a los pacientes. Con eso, el Grupo 2 se sintió más seguro y preparado para la divulgación de malas noticias a los enfermos en relación con el Grupo 1.

Esta diferencia de conocimiento, así como la sensación de mayor preparación y seguridad manifestada por el Grupo 2 destaca, por lo tanto, la importancia de la enseñanza de ese tema en la carrera de medicina investigada, según la evaluación de sus estudiantes.

Referências


1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J [Internet]. 1984 [acceso 23 set 2018];288(6430):1597-9. Disponible: <https://bit.ly/2lftBn3>
2. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc) [Internet]. 2006 [acceso 23 set 2018];127(15):580-3. Disponible: <https://bit.ly/2uKtyaQ>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Inca; 2010.
4. Cairus HF, Ribeiro WA Jr. Do decoro. In: Cairus HF, Ribeiro WA Jr. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 193-210.
5. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acceso 30 set 2016]. Disponible: <http://bit.ly/2sBChex>
6. Gao Z. Delivering bad news to patients: the necessary evil. J Med Coll PLA [Internet]. 2011 [acceso 23 set 2018];26(2):103-8. Disponible: <https://bit.ly/2TSPCdx>
7. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? J Clin Diagn Res [Internet]. 2015 [acceso 23 set 2018];9(3):JE01-4. Disponible: <https://bit.ly/2K0VK3D>
8. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet [Internet]. 2004 [acceso 23 set 2018];363(9405):312-9. Disponible: <https://bit.ly/2TTLnOJ>
9. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2012 [acceso 23 set 2018];36(2):228-33. Disponible: <https://bit.ly/2OldP56>
10. Rios IC. Comunicação em medicina. Rev Med [Internet]. 2012 [acceso 23 set 2018];91(3):159-62. Disponible: <https://bit.ly/2K1IH2Y>
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. Spikes: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist [Internet]. 2000 [acceso 23 set 2018];5(4):302-11. Disponible: <https://bit.ly/2y6gAqT>

12. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 28 mar 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2k7LtEn>
13. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2010 [acesso 23 set 2018];18(3):725-42. Disponível: <https://bit.ly/2FWQoLL>
14. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. Estud Pesqui Psicol [Internet]. 2015 [acesso 21 jul 2016];15(2):547-67. Disponível: <http://bit.ly/2jLGkDj>
15. Arnold SJ, Koczwara B. Breaking bad news: learning through experience. J Clin Oncol [Internet]. 2006 [acesso 21 jul 2016];24(31):5098-100. Disponível: <https://bit.ly/2la9LJN>
16. Berwanger J, Geroni GD, Bonamigo EL. Estudantes de medicina na percepção dos pacientes. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 23 set 2018];23(3):552-62. Disponível: <https://bit.ly/2K3wMjW>
17. Silveira FJF, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. São Paulo Med J [Internet]. 2017 [acesso 23 set 2018];135(4):323-31. Disponível: <https://bit.ly/2uL01h8>
18. Leal-Seabra F, Costa MJ. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. FEM [Internet]. 2015 [acesso 23 set 2018];18(6):387-95. Disponível: <https://bit.ly/2HVRwsi>
19. 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 [acesso 23 set 2018];41(2):260-8. Disponível: <https://bit.ly/2YzM8y>
20. Fieschi L, Burlon B, de Marinis MG. Teaching midwife students how to break bad news using the cinema: an Italian qualitative study. Nurse Educ Pract [Internet]. 2015 [acesso 23 set 2018];15(2):141-7. Disponível: <https://bit.ly/2CSt5I4>
21. Shapiro J, Rucker L. The Don Quixote effect: why going to the movies can help develop empathy and altruism in medical students and residents. Fam Syst Health [Internet]. 2004 [acesso 23 set 2018];22(4):445-52. Disponível: <https://bit.ly/2CXT2G5>
22. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2011 [acesso 23 set 2018];35(1):52-7. Disponível: <https://bit.ly/2uKBWqA>
23. Luisada V, Fiamenghi GA Jr, Carvalho SG, Assis-Madeira EA, Blascovi-Assis SM. Experiências de médicos ao comunicarem o diagnóstico da deficiência de bebês aos pais. Ciência&Saúde [Internet]. 2015 [acesso 23 set 2018];8(3):121-8. Disponível: <https://bit.ly/2I7jNLw>
24. Massignani LRM, Rabuske MM, Backes MS, Crepaldi MA. Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. Psicol Argum [Internet]. 2014 [acesso 23 set 2018];32(79 Supl 2):65-75. Disponível: <https://bit.ly/2TV3OTh>
25. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/ pediátrica. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2017 [acesso 23 set 2018];25(3):577-84. Disponível: <https://bit.ly/2TURYZ4>

Participación de los autores

Todos analizaron e interpretaron los datos y redactaron el artículo.


Miguel Henrique Freiberger

 0000-0003-3563-7135

Diego de Carvalho

 0000-0002-0059-4350

Elcio Luiz Bonamigo

 0000-0002-0226-7070

