

Comunicación de malas noticias: de la educación médica a la práctica

Ana Paula Rosa Isquierdo¹, Evandro Santos Bilek¹, Úrsula Bueno do Prado Guirro¹

1. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

El cuidado de las personas, en su conjunto, es esencial para la práctica médica. “Malas noticias” son informaciones que, cuando se revelan, afectan grave y negativamente la visión de una persona de su propio futuro. El objetivo de este estudio es evaluar la capacidad de comunicar esta información entre estudiantes de medicina. El método utilizado fue la simulación de una situación en la que los estudiantes necesitaban transmitir malas noticias. La escena interpretada se evaluó mediante un cuestionario estructurado, considerando un objetivo primario (comunicar la noticia) y otro secundario (acoger al paciente). La muestra estuvo formada por 60 estudiantes, de los cuales el 96,7% alcanzó el objetivo primario y solo el 21,7% alcanzó el objetivo secundario (total o parcialmente). Los estudiantes que mostraron más cuidado y preocupación por el paciente obtuvieron mejores resultados. Se concluye que la comunicación de malas noticias puede ser evaluada con un instrumento estructurado, y que la demostración de cuidado y preocupación se correlaciona positivamente con la calidad de la comunicación.

Palabras clave: Comunicação em saúde. Simulação de paciente. Educação médica.

Resumo

Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática

“Más notícias” são informações que, quando reveladas, afetam seriamente e de forma adversa a visão de uma pessoa sobre o próprio futuro. O objetivo deste estudo é avaliar a habilidade de comunicação dessas informações entre alunos de medicina. O método utilizado foi a simulação de situação em que os estudantes precisavam transmitir uma má notícia. Avaliou-se a cena interpretada por meio de questionário estruturado, considerando um objetivo primário (comunicar a notícia) e outro secundário (acolhimento do paciente). A amostra foi formada por 60 estudantes, dos quais 96,7% atingiram o objetivo primário e apenas 21,7% atingiram o objetivo secundário (total ou parcialmente). Os estudantes que demonstraram mais cuidado e preocupação com o paciente tiveram melhor desempenho. Conclui-se que a comunicação de más notícias pode ser avaliada com instrumento estruturado, e que a demonstração de cuidado e preocupação se correlaciona de maneira positiva com a qualidade da comunicação.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Simulação de paciente. Educação médica.

Abstract

Breaking bad news: from medical education to practice

Providing comprehensive care to individuals is essential to medical practice. Communicating bad news is defined as any information that seriously and adversely affects a person's vision of the future. This study evaluates communication skills among medical students. The methodology consisted of simulation workshops on communicating bad news. The scene performed, the achievement of the primary (communication of bad news) and secondary (patient reception) objectives were evaluated using a structured questionnaire. Sixty students participated in the study, 96.7% achieved the primary objective and 21.7% did not achieve the secondary objective. In the presence of care and concern, the scores obtained were higher. The communication of bad news can be assessed by structured assessment and showing care and concern is positively associated with the quality of communication.

Keywords: Health communication. Patient simulation. Education, medical.

En el área de la salud, las “malas noticias” son informaciones que afectan grave y negativamente la visión de un individuo sobre su futuro¹⁻⁵. Un ejemplo es el diagnóstico de enfermedades, que cambia la vida del paciente y las personas con quien se relaciona. Los cambios afectan tanto los aspectos materiales como las relaciones interpersonales, ya que la enfermedad expresa la vulnerabilidad y la finitud inherentes al ser humano. Así, se entiende que cuidar a la persona en su conjunto, con respeto y cercanía, es fundamental para que el paciente acepte su nueva situación y pueda vivir la enfermedad de la mejor forma posible¹⁻⁶.

Segundo Torralba Roselló⁶, el ejercicio del cuidado no es una mera técnica, sino fundamentalmente un arte, que incluye conocimientos de diversos ámbitos (psicología, anatomía, antropología, cultura, religión). Para realizar este arte y cuidado con dignidad, asegurando la autonomía del paciente, es necesaria una reflexión global sobre el ser humano. Así las habilidades del profesional de la salud deben trascender los aspectos biológicos para que se comprenda al paciente en su conjunto⁶.

Una habilidad necesaria para la asistencia es la comunicación. Transmitir malas noticias puede ser complejo y desafiante, y el profesional de la salud puede sentirse incómodo o incapaz de llevar a cabo esta tarea. Por lo tanto, es necesario desarrollar protocolos y formar profesionales para este tipo de comunicación¹⁻⁶.

Referencia para la comunicación de malas noticias, el protocolo Spikes trae en su nombre un acróstico mnemónico que describe seis pasos: preparación de la entrevista (*setting up the interview*), evaluación de la percepción (*perception*), invitación (*invitation*), la propia información (*knowledge*), emoción (*emotions*), estrategia y resumen (*strategy and summary*)¹⁻³.

Todavía falta evidencia y enfoques metodológicos estandarizados para enseñar la capacidad de comunicar malas noticias⁴⁻⁷. La simulación con la participación de actores se ha utilizado en varias áreas médicas⁵⁻⁸. El método se pone en práctica con estudiantes y actores en un escenario simulado, o entre estudiantes, en *role play*. El desempeño académico se puede evaluar por un cuestionario estructurado, y la técnica se puede corregir mediante comentarios colectivos o individuales, denominados *debriefing*.

Las artes creativas pueden ayudar a la educación médica, considerando los aspectos antropológicos y la ética del cuidado⁶. Los estudiantes que participaron en el estudio de Berney y colaboradores⁹ afirmaron, casi unánimemente, que la experiencia de aprendizaje con actores de improvisación fue positiva. La investigación de Bell y colaboradores¹⁰ capacitó a 200 profesionales y estudiantes, simulando la comunicación de malas noticias. Los participantes informaron que la experiencia parecía real (96%), que el aprendizaje fue significativo (97%) y que la capacitación con actores fue adecuada y posiblemente mejor que en un formato de *role play* (80%).

Por supuesto, la capacitación de los profesionales es fundamental para la sociedad^{4,7,8}. Sin embargo, parece haber más efectividad en la capacitación de los estudiantes, con conciencia previa de lo complejo y desafiante que puede ser comunicar malas noticias, para que los futuros profesionales no pasen por esta situación sin preparación^{5,11}.

Ante la necesidad, desde el punto de vista bioético de que los futuros profesionales de la salud mejoren esa habilidad, el objetivo de este estudio es evaluar, de manera estructurada, la comunicación de malas noticias en un ambiente de simulación con estudiantes de medicina brasileños.

Método

A partir de representantes de clase y anuncios en las redes sociales, los investigadores invitaron a los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidade Federal do Paraná (UFPR), matriculados en cualquier semestre, a participar en el estudio. Se establecieron criterios de exclusión: ser menor de 18 años, no querer participar en la investigación (es decir, no firmar el consentimiento) y faltar a una de las dos reuniones programadas. Las actividades tuvieron lugar en el Setor de Ciências da Saúde da UFPR, Curitiba/PR, en marzo de 2019, en días previamente programados. Los participantes se dividieron en grupos de acuerdo con el tiempo que estaban en la graduación: ciclo básico, clínico o pasantía.

El primer taller estuvo dirigido a estudiantes del ciclo de prácticas (del 9 al 12.º semestre), el segundo para el ciclo clínico (del 5 al 8.º semestre), y el tercero para el ciclo

básico (del 1 al 4.º semestre). Para garantizar la eficacia de las actividades, el número de participantes se limitó a 30 por taller. En el día programado, los estudiantes aclararon sus dudas sobre la investigación y recibieron el término de consentimiento informado. A continuación, respondieron a un cuestionario individualmente, que tenía como objetivo recopilar información demográfica y conocer las características de los participantes.

En el día previsto, los estudiantes participaron en la simulación individual, junto con actriz interpretó a una paciente. La escena fue evaluada por un observador utilizando un instrumento estándar. En la entrada del taller simulado, el estudiante participante recibió la siguiente instrucción: *“Tiempo de simulación: 5 minutos. Vas a atender a Mariana, de 24 años. Ella vino a la UBS hace 20 días y pidió pruebas de rutina y pruebas de VIH para otro médico. El examen está en la sala, en la computadora. Observa el resultado e informa las noticias a la paciente. Concéntrate en comunicar la noticia. Esta no es una capacitación de conducta clínica.”*

El resultado fue VIH positivo. El personaje de la paciente, construido sobre la base del escenario habitual de la práctica médica, tenía una historia de vida (historicidad), personalidad típica y respuestas estándar a la situación enfrentada. La escena era un recorte de la vida de Mariana, en la que buscó al doctor para recibir el resultado de su examen. El desenlace principal de la escena consistió en comunicar las malas noticias en sí. Sin embargo, también existía la posibilidad de un desenlace secundario, que se lograría si el médico mostrara, por medio del lenguaje verbal y no verbal, comprender y respetar la dimensión psicoemocional de la paciente. Las escenas fueron construidas por un grupo de actores estudiantes entrenado por una actriz profesional en un curso de 20 horas, supervisado por el profesor de investigación. El curso trabajó con técnicas básicas de improvisación e interpretación.

La escena se describió a los participantes solo un minuto antes de la simulación, por lo que no hubo entrenamiento previo. También permanecieron aislados para evitar la comunicación. Se instruyó a los actores para que sus actuaciones fueran estandarizadas en todas las simulaciones. La escena tuvo una duración máxima de cinco minutos, y el desempeño de los estudiantes se

evaluó por medio de un instrumento estandarizado, relleno en consenso entre el observador y actor. El observador presenció la escena detrás del estudiante, de modo que no pudiera ser visto o interferir con la escena. El instrumento de evaluación estandarizado fue desarrollado por los investigadores, específicamente para este estudio.

Después de las simulaciones, todos los participantes se reunieron para un *debriefing* colectivo, en formato de rueda de conversación con investigadores, actores y observadores. La evaluación señaló puntos positivos y puntos que podrían mejorarse en la comunicación de malas noticias. Al final de las actividades, los participantes dieron su opinión sobre el taller a través de un cuestionario individual.

Los datos se ingresaron en una hoja de cálculo de Excel y se sometieron a análisis estadístico utilizando el software R, versión 3.4.4. El tamaño de la muestra se definió por conveniencia, en función del interés de los participantes. Los datos demográficos y de desempeño se describen en frecuencias y porcentajes. El desempeño se estandarizó entre 0 y 1 para fines de estudio estadístico y considerado suficiente por encima de 0,5. La puntuación corregida se calculó con la fórmula $puntuación (0,1) = \frac{puntuación - mínima (puntuación)}{máxima (puntuación) - mínima (puntuación)}$. Para la correlación entre el logro del objetivo primario o secundario y el desempeño, así como el cuidado y la preocupación del estudiante y el ciclo del curso, se utilizó la prueba exacta de Fisher; para la relación entre las puntuaciones obtenidas y el ciclo del curso de medicina, así como el cuidado y la preocupación de los estudiantes y las puntuaciones corregidas, la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró significativo $p < 0,05$ (5%).

Resultados

La muestra estuvo formada por 60 participantes, 39 mujeres (65%) y 21 hombres (35%), siendo 28 estudiantes del ciclo básico (46,7%), 26 del ciclo clínico (43,3%) y 6 (10%) de la pasantía. La edad promedio de los participantes fue de 22,1 años, con un rango de 18 a 29 años. De los 60 participantes, 27 (45%) sabían cómo definir correctamente el concepto de noticias difíciles, 30 (50%)

lo conocían parcialmente y 3 (5%) lo desconocían. En cuanto a la educación previa, 50 participantes (83,3%) nunca habían recibido orientación sobre cómo comunicar malas noticias.

El instrumento utilizado para evaluar el desempeño de los participantes estuvo compuesto por

17 ítems, cada uno con una puntuación de 0 a 2: cero para quesito no cumplido, uno para parcialmente cumplido y dos para totalmente cumplido. Por lo tanto, sumando los ítems, la puntuación del estudiante podría variar de 0 a 34 puntos. Los datos de la evaluación se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Evaluación del desempeño de los estudiantes en el taller de simulación de malas noticias

Quesitos	No n (%)	Parcialmente n (%)	Sí n (%)
¿El doctor se presentó?	25 (41,7)	1 (1,7)	34 (56,7)
¿El doctor te trató con respeto?	3 (5)	7 (11,7)	50 (83,3)
¿El doctor mostró interés en tus ideas?	6 (10)	19 (31,7)	35 (58,3)
¿El doctor te preguntó si querías la compañía de algún familiar?	48 (80)	1 (1,7)	11 (18,3)
¿El doctor entendió tus principales preocupaciones?	7 (11,7)	20 (33,3)	33 (55)
¿El doctor te miró y te escuchó con atención?	4 (6,7)	28 (46,7)	28 (46,7)
¿El doctor te dejó hablar sin interrupción?	10 (16,7)	22 (36,7)	28 (46,7)
¿El doctor te dio tanta información como querías?	4 (6,7)	14 (23,3)	42 (70)
¿El doctor te habló en términos que pudieras entender?	4 (6,7)	23 (38,3)	33 (55)
¿El doctor se aseguró de que entendías la información?	44 (73,3)	11 (18,3)	5 (8,3)
¿El médico te animó a hacer preguntas?	25 (41,7)	11 (18,3)	24 (40)
¿El doctor te involucró en las decisiones?	46 (76,7)	9 (15)	5 (8,3)
¿El doctor analizó los siguientes pasos para el plan de seguimiento?	26 (43,4)	17 (28,3)	17 (28,3)
¿El doctor mostró cuidado y preocupación?	11 (18,3)	31 (51,7)	18 (30)
¿Sentiste que el doctor estaba seguro de lo que decía?	16 (26,7)	24 (40)	20 (33,3)
¿El estudiante logró el objetivo primario?	0 (0)	2 (3,3)	58 (96,7)
¿El estudiante logró el objetivo secundario?	47 (78,3)	5 (8,3)	8 (13,3)

La puntuación total media de los participantes fue de 19 puntos, con una mediana de 19 (desviación estándar $\pm 6,1$). La puntuación mínima obtenida fue de 7 y la máxima de 34. El objetivo primario de la escena era que el estudiante reportara las malas noticias; 58 (96,7%) lograron cumplirlas, y solo 2 (3,3%) lo hicieron parcialmente. El objetivo secundario de la escena era que el estudiante identificara y abordara alguna característica importante de la paciente, que expresaba claramente esta característica. Solo 8 (13,3%) de los participantes cumplieron este objetivo, 5 (8,3%) lo cumplieron parcialmente y la mayoría no (47; 78,3%).

El cuidado y la preocupación por el paciente al comunicar las malas noticias fueron plenamente demostrados por 18 participantes (30%) y parcialmente por 31 (51,6%). Once estudiantes (18,3%) no mostraron cuidado y preocupación. Sobre la contribución de la simulación para mejorar la capacidad de comunicar malas noticias, 54 participantes (90%) declararon que la simulación contribuyó mucho, 4 (6,6%) que hubo alguna contribución, 2 (3,3%) se declararon indiferentes, y ninguno de los participantes indicó que la actividad perjudicó el aprendizaje.

En el entorno de enseñanza de simulación, es importante asegurarse de que la formación

realmente inserte al estudiante en la realidad. De los participantes, 42 (70%) declararon sentirse insertos en la realidad durante la escena, 16 (26,6%) tuvieron alguna sensación de realidad y 2 (3,3%) se declararon indiferentes. En cuanto a los comentarios a través del *debriefing*, 52 participantes (86,6%) afirmaron que la metodología colectiva contribuyó al aprendizaje, 6 (10%) afirmaron que contribuyó parcialmente y 2 (3,3%) se declararon indiferentes. Nadie señaló la alternativa del prejuicio al aprendizaje. En cuanto a la comodidad de los participantes para comunicar las malas noticias, 4 participantes (6,6%) respondieron “excelente”, 23 (38,3%) “buena”, 27 (45%) “regular o neutral”, 6 (10%) “mala”, y ningún participante respondió “muy mala”.

Se realizó un estudio estadístico para estandarizar las puntuaciones totales obtenidas por cada participante en un rango de 0 a 1. Se consideró a los estudiantes calificados en la capacidad de comunicar malas noticias cuando obtuvieron valores superiores a 0,5. Relacionando la frecuencia con que los participantes alcanzaron el objetivo primario y las puntuaciones obtenidas (menor o mayor que 0,5), no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los participantes por la prueba exacta de Fisher, con $p=1,0$. Entre los que han alcanzado plenamente el objetivo primario ($n=58$), 36 (62%) lograron puntuaciones inferiores a 0,5, y 22 (38%) lograron puntuaciones superiores a 0,5. En cuanto

a los dos participantes que alcanzaron el objetivo primario solo parcialmente uno de ellos obtuvo una puntuación superior a 0,5, y otro menor a 0,5.

En cuanto a la relación entre alcanzar o no el objetivo secundario y la puntuación obtenida (menor o mayor que 0,5), fue posible obtener los siguientes resultados: 34 participantes (56,7%) no alcanzaron el objetivo secundario y tuvieron puntuación insuficiente ($<0,5$); 13 participantes (21,7%) no alcanzaron el objetivo secundario, pero obtuvieron una puntuación considerada suficiente ($>0,5$). Un participante (1,7%) alcanzó el objetivo secundario parcialmente y obtuvo una puntuación insuficiente; 4 participantes (6,7%) alcanzaron el objetivo secundario parcialmente y la puntuación se consideró suficiente; 2 participantes (3,3%) alcanzaron el objetivo secundario completamente, pero no obtuvieron una puntuación suficiente; 6 participantes (10%) alcanzaron el objetivo secundario y obtuvieron una puntuación suficiente, por prueba exacta de Fisher, con $p=0,0034$. Entre los participantes que no alcanzaron el objetivo secundario ($n=47$), 34 (72,34%) no alcanzaron la puntuación considerada suficiente. De los participantes que alcanzaron el objetivo secundario total o parcialmente ($n=13$), 8 (61,54%) alcanzaron la puntuación considerada suficiente. Entre los participantes que alcanzaron el objetivo secundario completamente ($n=8$), 6 (75%) alcanzaron la puntuación considerada suficiente (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre objetivo secundario y puntuación corregida

Ítem	Puntuación $<0,5$ n (%)	Puntuación $>0,5$ n (%)
No alcanzó el objetivo secundario	34 (56,7)	13 (21,7)
Alcanzó parcialmente el objetivo secundario	1 (1,7)	4 (6,7)
Alcanzó el objetivo secundario	2 (3,3)	6 (10)

*Prueba exacta de Fisher: $p=0,0034$

El estudio también evaluó la relación entre la puntuación obtenida y el ciclo del curso médico en el que se encontraba el participante en el momento del taller, pero no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos por la prueba de Kruskal-Wallis, con $p=0,16$.

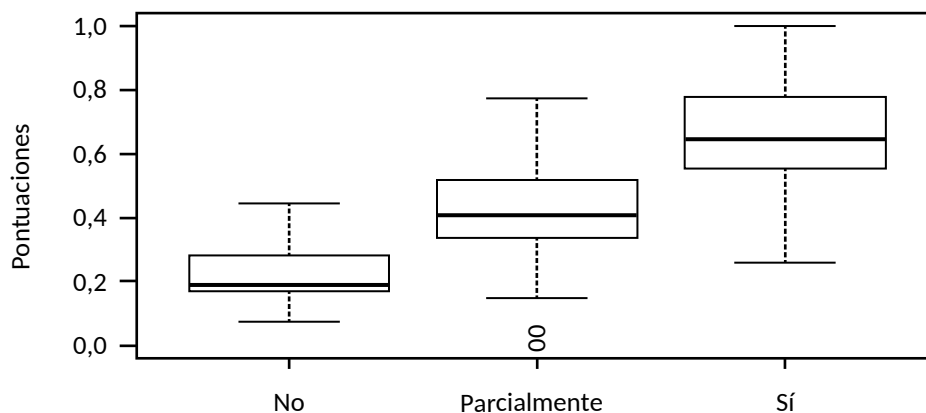
La pregunta “¿El médico mostró cuidado y preocupación?” se correlacionó con el ciclo del curso

en el que se encontraban los estudiantes y tampoco hubo diferencia estadística ($p=0,71$; prueba exacta de Fisher). Entre los estudiantes del ciclo básico, 6 (10%) no mostraron cuidado y preocupación, 14 (23,3%) lo mostraron parcialmente y 8 (13,3%) lo mostraron completamente. Dentro del grupo de estudiantes del ciclo clínico, 3 (5%) no mostraron cuidado y preocupación, 14 (23,3%)

lo mostraron parcialmente y 9 (15%) lo mostraron completamente. Finalmente, en el grupo de estudiantes de la pasantía, 2 (3,3%) no mostraron cuidado y preocupación, 3 (5%) lo mostraron parcialmente y 1 (1,7%) lo mostró completamente. Los porcentajes descritos son proporcionales a la muestra total.

Cuando la misma pregunta (“¿El médico mostró cuidado y preocupación?”) se correlacionó con la puntuación corregida, los datos demostraron ser estadísticamente significativos. Según los resultados obtenidos, el cuidado y la preocupación fueron más demostrados por los participantes con puntuaciones más altas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Puntuación corregida y pregunta “¿El médico mostró cuidado y preocupación?”



Prueba de Kruskal-Wallis ($p < 0,001$)

Discusión

A pesar de ser una situación de rutina en la práctica médica, comunicar malas noticias es un desafío^{4,8}. La falta de habilidad para esta comunicación puede generar sufrimiento al paciente, familiares y al propio profesional⁵. Para que el cuidado sea humano y digno, el profesional de la salud debe reconocer al paciente como individuo, con sus propias concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, y considerar la vulnerabilidad presente en esas situaciones. Por lo tanto, es necesario que los futuros médicos aprendan a comunicar malas noticias, independientemente de la especialidad o área de acción que elijan.

Conociendo la importancia de promover buenas prácticas en la transmisión de malas noticias, el presente estudio abordó la enseñanza de habilidades comunicativas en la carrera de medicina. Sin embargo, no sería ético someter a los pacientes a estudiantes en formación y no capacitados solo con el propósito de aprender, ya que las malas noticias impactarían negativamente a todos los involucrados. Por lo tanto, la metodología adoptada contó con la participación de actores en el

papel de pacientes estandarizados. Como Bell y colaboradores mostraron¹⁰, los actores tienen un papel importante en la formación de habilidades de comunicación. Los autores realizaron talleres de simulación con actores y los participantes aprobaron la experiencia. El experimento se consideró desafiante, ya que el actor no siguió una escena decorada, sino que improvisó de acuerdo con la situación, muy cerca de la realidad¹⁰.

Como en otros estudios⁹⁻¹³, la muestra de esta investigación estuvo compuesta por estudiantes de ambos sexos, jóvenes, de todos los ciclos de la carrera de medicina. Un hecho importante es que el interés en participar en el taller no significó un conocimiento previo sobre el concepto de malas noticias. Más de la mitad de los participantes no sabían cómo definir correctamente el concepto, dato a partir del cual se puede suponer que, entre los estudiantes que no expresaron interés en participar en la investigación, este número es probablemente aún mayor. Considerando que esos estudiantes serán profesionales de la salud, el resultado es preocupante.

Los participantes que se encontraban en el ciclo básico o clínico tuvieron más interés en

participar en el estudio. Este resultado sorprendió a los investigadores, quienes asumieron un mayor interés entre los estudiantes más próximos a graduarse, probablemente más preocupados por el cuidado y la atención al paciente. El objetivo de este estudio no fue evaluar la participación negativa, pero algunos estudiantes que rechazaron la invitación alegaron actividades excesivas. Estimular a estos estudiantes fue un desafío, aunque no faltaron argumentos: la enseñanza de habilidades para comunicar malas noticias debería difundirse en toda la formación, desde el ciclo básico hasta la pasantía¹².

La consulta médica es un momento de interacción social en el que dos o más individuos interactúan, sabiendo quién es su interlocutor y cuál es la función del profesional. Por lo tanto, la presentación de los individuos, con el nombre y la función desempeñada, es necesaria. Sin embargo, el 41,7% de los participantes no se presentaron al paciente, resultado que debe servir de alerta a los educadores involucrados en la enseñanza de habilidades sociales y comunicativas en el momento de la graduación.

En cualquier relación el respeto es fundamental, porque sin él la comunicación falla desde el principio. También se evaluó el respeto del médico por el paciente y el interés en sus ideas: 95% de los estudiantes mostraron respeto, y 90% mostraron interés total o parcial por las ideas del paciente. Por lo tanto, los estudiantes mostraron potencial para la comunicación empática, siempre que fueran entrenados. La humanización en salud depende del acceso a los servicios médicos y de la valoración de las personas. El médico con visión humanista, además del buen desempeño técnico de la medicina, se preocupa por el bienestar del paciente y respeta la dignidad del ser humano¹³.

La comunicación es más efectiva cuando el interlocutor entiende lo que el otro quiere comunicar. Sin embargo, desafortunadamente, es común que los profesionales de la salud utilicen términos técnicos que pueden parecer fáciles de entender, pero que no son comprensibles para los pacientes y los familiares legos. La mayoría de los estudiantes de la muestra pudieron comunicarse de una manera que el paciente podría asimilar. No obstante, pocos participantes trataron de asegurarse de que la información se estaba entendiendo. Cabe señalar este resultado, ya que tanto los términos utilizados como la no certificación

de la comprensión pueden perjudicar la comunicación^{1-3,7}. Así es importante enfatizar que los futuros profesionales, además de estar atentos a la complejidad del vocabulario, necesitan adquirir el hábito de cuestionar al interlocutor sobre la comprensión de la información.

Cuidar implica integrarse con el otro, abrirse a la perspectiva de que no es solo un contacto entre dos personas, sino una situación en la que “yo” y “él” se convierten en “nosotros”. Recibir malas noticias revela a la persona su vulnerabilidad, por lo que es esencial mostrar cuidado y preocupación al comunicar este tipo de noticias¹⁻³. Sin embargo, solo un tercio de los participantes demostraron estas características. Sería importante que la enseñanza focalizara, además de las técnicas fundamentales para la profesión, el cuidado y la empatía necesarios para la atención médica. El cuidado nunca será perfecto, ya que la capacidad del cuidador –que también necesita cuidados– es finita, pero es esencial para respetar la dignidad humana entender la enfermedad como un momento de vulnerabilidad humana que trae necesidades especiales de atención y acogida⁶.

La mayoría de los participantes afirmaron que la simulación parecía real, lo que hace que este estudio sea fiel como método de enseñanza. Si no se sintieran incluidos en la situación, los estudiantes podrían realizar una tarea puramente técnica, incapaces de acercarlos al estrés que implican escenarios desfavorables. La mayoría de los participantes también afirmaron que la simulación contribuyó a aprender sobre la comunicación de malas noticias. Sin embargo, la autoevaluación antes y después del taller no correspondió a esta aprobación del método de enseñanza. Se encontraron los mismos datos en otros estudios a medida que los participantes parecen ser más conscientes de la fragilidad de sus habilidades. Se cree que la capacitación en habilidades de comunicación puede mejorar este panorama^{7,11,14}.

Tan importante como la simulación es el comentario, que debe ser comprensible, acogedor y señalar puntos positivos en el desempeño del estudiante para estimular la mejora. Sin embargo, las características negativas deben corregirse para que no se perpetúen. Esta corrección debe ser didáctica para que el alumno asimile conocimientos y no se sienta expuesto al grupo hasta el punto de renunciar al aprendizaje^{15,16}. El *debriefing*, método

utilizado en este estudio, tuvo una gran aceptación de los participantes y contribuyó al aprendizaje. La elección de *debriefing* colectivo estuvo motivada por las características de la investigación, ya que si los comentarios fueran individuales, el tiempo invertido sería inviable. La evaluación individual también podría intimidar a algunos estudiantes, aumentando la ansiedad e impidiendo el intercambio de conocimientos proporcionado por la rueda de conversación.

Berney y colaboradores⁹ recomiendan una estrategia de comentarios individualizados⁹. Kim y colaboradores¹⁵ señalan que el *debriefing* colectivo debe tener las etapas de relevamiento de las características del grupo, de introducción de nuevos conceptos y de reflexión final basada en el contenido asimilado. Al comparar las dos estrategias, se puede decir que el grupo proporciona un aprendizaje más allá de lo que el individuo lograría aisladamente, considerando que la dificultad de un miembro puede ser la dificultad de todo el grupo. Además, como se señala en el presente estudio, que reunió a participantes, actores y tutores, el grupo proporciona una acogida mutua.

El instrumento de evaluación utilizado en el estudio tenía dos objetivos definidos. El objetivo primario era comunicar las malas noticias, independientemente de la calidad de la comunicación. Como se esperaba, casi todos los participantes lograron este objetivo. El objetivo secundario, sin embargo, no logró un resultado similar. Para lograrlo, había que darse cuenta de la subjetividad del paciente. El actor estaba preparado para demostrar características importantes del personaje por medio del lenguaje no verbal y verbal. Si el estudiante demostrara percibir estas características con preguntas u observaciones, se lograría el objetivo secundario.

Es evidente la importancia de la empatía para el futuro profesional de la salud. Sin embargo, el objetivo secundario fue alcanzado total o parcialmente por solo el 21,6% de la muestra. Esto demuestra que la mayoría de los estudiantes tienen la capacidad de comunicar las malas noticias, pero no pueden reconocer al paciente como una persona que es mucho más que el receptor de una información. Para revertir este resultado, es necesario desarrollar la empatía de los estudiantes mediante la práctica con los pacientes y la reflexión sobre sus propias actitudes¹⁷.

La evaluación del desempeño del alumno en la simulación era una suma de las puntuaciones de los distintos ítems considerados importantes para la capacidad de comunicar malas noticias. Después del estudio estadístico, la puntuación total de cada participante fue delimitada a un rango de 0 a 1. Las puntuaciones superiores a 0,5 se consideraron satisfactorias. El objetivo del estudio estadístico fue correlacionar la puntuación obtenida por cada participante con varios ítems considerados relevantes: ciclo del curso de medicina, lograr o no el objetivo primario, lograr o no del objetivo secundario, cuidado y preocupación demostrados por el participante.

Enseñar la capacidad de comunicar malas noticias, por medio de clases expositivas, dramatización o presentación del protocolo Spikes, hace que los estudiantes estén más preparados y seguros. Abordar el tema durante la graduación es efectivo para perfeccionar esta habilidad¹⁸. Sin embargo, estos datos no se pudieron confirmar en el presente estudio. Estar en una etapa más avanzada de la graduación no contribuyó a una comunicación de mayor calidad. De este resultado se desprende que el tema puede no haber sido abordado durante el curso, ya que, en el momento del taller, materias como cuidados paliativos, oncología y geriatría no formaban parte del currículo obligatorio ni se ofrecían como asignaturas optativas. Por lo tanto, el acceso a este tipo de conocimiento solo sería posible si los profesores de otras disciplinas consideraran la comunicación de malas noticias relevantes para la formación del estudiante. Esto demuestra que se debe prestar más atención a la habilidad de comunicación.

Los estudiantes con puntuaciones más altas mostraron más cuidado y preocupación por el paciente en el entorno simulado. Por lo tanto, se puede afirmar que cuando observan cuidadosamente la persona atendida, los estudiantes demuestran un mejor desempeño. Ante esta correlación, el cuidado y la preocupación pueden considerarse marcadores de calidad de la comunicación de malas noticias.

La comunicación es inherente al ser humano. Entonces, se esperaba que no existiera correlación entre lograr el objetivo primario (simplemente transmitir la noticia) y obtener una puntuación mayor o menor. El simple hecho de dar una noticia no está relacionado con un buen o mal desempeño

en el modelo de evaluación propuesto. Por otro lado, la percepción del otro en su totalidad (objetivo secundario) no era una capacidad que resultara intrínseca a los estudiantes. Esta característica, sin embargo, es fundamental para el profesional de la salud, que necesita aprender recursos verbales y no verbales para establecer buenas relaciones y actuar de manera adecuada. Así, a diferencia del objetivo primario, el logro del objetivo secundario se relacionó claramente con puntuaciones altas.

Como todos los estudios, este también tiene limitaciones. No existe un instrumento estándar en la literatura para evaluar la calidad de la comunicación, que depende de numerosos factores que no siempre son medibles. Por esta razón, el instrumento de evaluación estructurado utilizado aquí todavía puede mejorarse. Una muestra con más participantes y proporcionalidad por ciclos académicos también podría mostrar nuevos resultados. La subjetividad de una investigación que involucra relaciones humanas e interpretación teatral es inherente a este tipo de estudio. Con el fin de minimizar los sesgos, los actores ensayaron a fondo con técnicas de espejo para estandarizar el

desempeño, y se utilizó un instrumento de evaluación estructurado.

Consideraciones finales


Se concluye que la comunicación de malas noticias en un ambiente de simulación se puede evaluar por medio de un instrumento estructurado. La demostración de cuidado y preocupación se correlacionó positivamente con la calidad de la comunicación, pero no se correlacionó con la etapa más avanzada del estudiante en la carrera de medicina. La percepción de la subjetividad del paciente, señalada en este estudio por el objetivo secundario, estuvo directamente relacionada con el buen desempeño del participante. La habilidad de comunicar malas noticias puede enseñarse y entrenarse en el curso de medicina, así como corregirse a través de *debriefing*. Esta habilidad forma parte de la vida cotidiana del profesional, que tiene la obligación de comunicar la verdad de manera ética, respetando el principio de beneficencia.

Referencias


1. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
2. Baile W, 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 5 nov 2020];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
3. Buckman R. Practical plans for difficult conversations in medicine: strategies that work in breaking bad news. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.
4. Johnson EM, Hamilton MF, Watson RS, Claxton R, Barnett M, Thompson AE, Arnold R. An intensive, simulation-based communication course for pediatric critical care medicine fellows. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];18(8):348-55. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001241
5. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res* [Internet]. 2016 [acceso 5 nov 2020];211:172-7. DOI: 10.1016/j.jss.2016.11.006
6. Torralba Roselló F. Antropología do cuidar. São Paulo: Vozes; 2009.
7. Trickey AW, Newcomb AB, Porrey M, Piscitani F, Wright J, Graling P, Dart J. Two-year experience implementing a curriculum to improve residents' patient-centered communication skills. *J Surg Educ* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];74(6):24-32. DOI: 10.1016/j.jsurg.2017.07.014
8. Berlacher K, Arnold RM, Reitschuler-Cross E, Teuteberg J, Teuteberg W. The impact of communication skills training on cardiology fellows' and attending physicians' perceived comfort with difficult conversations. *J Palliat Med* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];20(7):767-9. DOI: 10.1089/jpm.2016.0509
9. Berney A, Carrard V, Mast MS, Bonvin R, Stiefel F, Bourquin C. Individual training at the undergraduate level to promote competence in breaking bad news in oncology. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];26(12):2232-7. DOI: 10.1002/pon.4452

10. Bell SK, Pascucci R, Fancy K, Coleman K, Zurakowski D, Meyer E. The educational value of improvisational actors to teach communication and relational skills: perspectives of interprofessional learners, faculty, and actors. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [acceso 5 nov 2020];96(3):381-8. DOI: 10.1016/j.pec.2014.07.001
11. 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 5 nov 2020];29(4):704-8. DOI: 10.1007/s13187-014-0641-y
12. Sombra Neto LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HTM, Gonçalves ALM, Pires APB, Fernandes VG. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];41(2):260-8. DOI: 10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063
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 [acceso 5 nov 2020];18(3):725-42. Disponível: <https://bit.ly/3w14UQG>
14. Fetz K, Wenzel-Meyburg U, Schulz-Quach C. Validation of the German revised version of the program in palliative care education and practice questionnaire (PCEP-GR). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [acceso 5 nov 2020];16(1):78. DOI: 10.1186/s12904-017-0263-3
15. Kim L, Hernandez BC, Lavery A, Denmark TK. Stimulating reflective practice using collaborative reflective training in breaking bad news simulations. *Fam Syst Health* [Internet]. 2016 [acceso 5 nov 2020];34(2):83-91. DOI: 10.1037/fsh0000195
16. Scallon G. Avaliação da aprendizagem numa abordagem por competências. Curitiba: PUCPress; 2017.
17. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Medical Educ* [Internet]. 2014 [acceso 5 nov 2020];14. DOI: 10.1186/1472-6920-14-122
18. Freiberger M, Carvalho D, Bonamigo E. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Rev. bioét. (Impr.)*. [Internet]. 2019 [acceso 10 maio 2021];27(2):318-25. DOI: 10.1590/1983-80422019272316


Ana Paula Rosa Isquierdo – Estudiante de grado – ana.isquierdo10@gmail.com

 000-003-177-9914

Evandro Santos Bilek – Estudiante de grado – evandrosbilek@gmail.com

 0000-0003-4006-3260

Úrsula Bueno do Prado Guirro – Doctora – ursulaguirro@gmail.com

 0000-0003-4879-3057

Correspondencia

Ana Paula Rosa Isquierdo – Rua João Bettega 696, apt. 203, Bloco 1
CEP 81070-000. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Ana Paula Rosa Isquierdo participó en todas las etapas del estudio. Evandro Santos Bilek participó en la recolección de datos, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito y orientación a la investigación. Úrsula Bueno do Prado Guirro colaboró con la presentación del estudio al comité de ética, la recolección de datos, la revisión bibliográfica y la redacción del manuscrito.

Recibido: 21.10.2019

Revisado: 9.5.2021

Aprobado: 11.5.2021