

Conocimientos médicos sobre la comunicación de malas noticias: estudio tipo encuesta

Daniel Alveno¹, Thiago Marraccini¹, Fabiana Felipe dos Santos¹, Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi¹

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

En la comunicación de malas noticias, la falta de técnicas adecuadas puede comprometer la eficacia. El objetivo fue evaluar los conocimientos y la experiencia de los médicos candidatos a la residencia sobre la comunicación de malas noticias. Se trata de un estudio tipo survey en el que participaron 2.418 médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, la prueba de diferencias pareadas y el análisis de varianza, con un nivel de significación $p < 0,05$. 90 % de los participantes no se sienten capacitados para comunicar malas noticias, y 40% nunca ha recibido formación específica. Alrededor del 29% desconoce la existencia del protocolo SPIKES. En la comparación entre grupos, los candidatos a programas quirúrgicos se consideran más capacitados en comunicación y están más de acuerdo con el cerco del silencio. La mayoría de los médicos no se sienten capacitados para una comunicación eficaz. Los futuros cirujanos mostraron una menor capacidad para manejar situaciones emocionales en comparación con los médicos de especialidades clínicas.

Palabras clave: Comunicación en salud. Educación médica. Internado y residencia.

Resumo

Conhecimento médico sobre comunicação de más notícias: estudo tipo survey

Na comunicação de má notícia, a ausência de técnicas adequadas pode comprometer a efetividade. Objetivou-se avaliar o conhecimento e experiência de médicos candidatos a residência sobre comunicação de más notícias. Trata de estudo tipo survey envolvendo 2.418 médicos, de especialidades clínicas e cirúrgicas. A comparação entre grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado, de diferença pareada e análise de variância, com nível de significância $p < 0,05$. 90% dos participantes não se sentem capacitados em comunicar más notícias, e 40% nunca receberam treinamento específico. Cerca de 29% não conhecem a existência do protocolo SPIKES. Na comparação entre grupos, candidatos a programas cirúrgicos consideram-se mais capacitados em comunicação e compactuam mais com o cerco do silêncio. A maioria dos médicos não se sente capacitada para uma comunicação eficaz. Futuros cirurgiões apresentaram menor capacidade para lidar com situações emocionais em comparação aos médicos de especialidades clínicas.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Educação médica. Internato e residência.

Abstract

Medical knowledge about communicating bad news: a survey study

When communicating bad news, the lack of adequate techniques can compromise effectiveness. The objective was to evaluate the knowledge and experience of medical residents regarding the communication of bad news. This is a survey study involving 2,418 physicians from clinical and surgical specialties. The comparison between groups was performed using the Chi-square test, paired difference, and analysis of variance, with a significance level of $p < 0.05$. Overall, 90% of participants do not feel trained to communicate bad news, and 40% have never received specific training. About 29% are unaware of the existence of the SPIKES protocol. In the comparison between groups, candidates for surgical programs consider themselves more skilled in communication and agree more with the circle of silence. Most physicians do not feel skilled in effective communication. Future surgeons showed less ability to deal with emotional situations compared to physicians in clinical specialties.

Keywords: Health communication. Education, medical. Internship and residency.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-Unifesp 1346696

La comunicación es un proceso que puede verse influenciado por factores verbales, relacionados con la información, o por factores paraverbales^{1,2}. En medicina, una mala noticia se entiende como cualquier información transmitida a un paciente o familiar que cambie sus expectativas³; también puede caracterizarse como una información que causa un cambio drástico y negativo en la vida de la persona y en su esperanza de futuro⁴.

Con el envejecimiento de la población mundial, se observa un aumento en el número de muertes resultantes de complicaciones asociadas con enfermedades crónicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{5,6}, estas enfermedades son responsables de más del 70% de las muertes en todo el mundo. El médico, a su vez, es el profesional generalmente encargado de comunicar el diagnóstico, el pronóstico y las terapias disponibles. La angustia vivida, junto con la falta de habilidades técnicas adecuadas, genera incertidumbres para el profesional y puede resultar en situaciones adversas durante el proceso comunicativo y en una transmisión ineficaz de la información⁷.

Con el objetivo de ayudar a los médicos en este proceso, se han desarrollado diversos protocolos, incluido el SPIKES, que proporciona un modelo estructurado para la comunicación de malas noticias, abordando aspectos como la preparación del entorno, la percepción del paciente, la transmisión de la información y el apoyo emocional⁸.

En las facultades de medicina, la enseñanza sobre el control de los síntomas y el manejo del paciente en cuidados paliativos y al final de la vida aún parece ser escasa, por lo que las estrategias para desarrollar estas habilidades y la capacidad de transmitir la información de manera adecuada se están volviendo cada vez más necesarias. Resulta evidente que la formación en la comunicación de malas noticias debe incluirse en el currículo de las carreras de medicina, puesto que es un instrumento fundamental para la práctica profesional y la promoción de un cuidado humanizado^{7,9}.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los médicos candidatos a programas de residencia médica en especialidades clínicas y quirúrgicas sobre la comunicación de malas noticias.

Métodos

Se trata de un estudio de tipo *survey* transversal, que consistió en la administración de un cuestionario sobre la comunicación de malas noticias, dirigido a 3.850 médicos candidatos a los programas de residencia en una universidad federal de São Paulo, que realizaron el examen de ingreso en dichos programas en noviembre del 2016. El día del examen, un equipo de colaboradores se reunió cuatro horas antes del inicio de la prueba para separar el material en sobres según la capacidad de cada sala de aula. Se entregaron los cuestionarios, y los participantes recibieron las instrucciones una hora antes del inicio de la prueba.

Se informó a los participantes acerca del tema y de los objetivos de la investigación y, a continuación, firmaron el consentimiento libre, previo e informado (CLPI); y quienes aceptaron participar recibieron una copia del formulario. Se devolvieron todos los cuestionarios antes del inicio de la prueba y se colocaron en cajas numeradas al azar.

Se incluyeron en el estudio los participantes que respondieron al 90% o más de las 28 preguntas del cuestionario. Se excluyeron los cuestionarios cumplimentados de forma incorrecta, tachados, incompletos o de candidatos que no firmaron el CLPI.

El instrumento utilizado fue desarrollado por un equipo de expertos —compuesto por un médico, dos psicólogos y dos fisioterapeutas—, para que pudiera ser autoadministrado en hasta 15 minutos. Inicialmente, se presentaron estudios similares como base para definir las preguntas, seguidos de un análisis por parte del equipo para sugerir mejoras. Tras tres reuniones presenciales, la versión final fue aprobada por todos los miembros.

Tras la aprobación, se realizó un estudio piloto, que se aplicó a dos grupos de diez médicos residentes de clínica médica, en momentos distintos, con el fin de comprobar el tiempo medio de cumplimentación y eliminar cualquier falla en la preparación del instrumento. Se constató que el tiempo medio de cumplimentación era inferior a diez minutos.

El objetivo de las preguntas formuladas en el instrumento era obtener datos personales y demográficos de los participantes, información sobre el conocimiento en “comunicación de malas noticias”, experiencias previas en cuidados paliativos y formación en comunicación de malas noticias, así como sobre el protocolo SPIKES.

Los cuestionarios se separaron y se numeraron, y sus resultados se tabularon y se almacenaron en hojas de cálculo de Excel para su posterior análisis utilizando el software SPSS-23. En el caso de las variables continuas, se calcularon la media y la desviación estándar. En el caso de las variables categóricas, se utilizaron la frecuencia y la proporción. La comparación de variables categóricas entre los grupos se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. Cuando fue necesario, se utilizó la prueba de diferencia pareada. La comparación de variables continuas entre grupos se realizó mediante un análisis de varianza (Anova). Se consideraron significativos los valores de p inferiores a 0,05.

Para analizar qué factores influyeron en el conocimiento, la muestra se dividió en un grupo de profesionales que coincidieron en esta caracterización: 1. Grupo Clínicas, compuesto por 1.625 médicos que eligieron especialidades caracterizadas por realizar procedimientos no invasivos o poco invasivos; y 2. Grupo Quirúrgicas, compuesto por 745 médicos que compiten por especialidades que implican procedimientos invasivos o quirúrgicos.

Resultados

De los 3.850 candidatos (100%), 1.213 entregaron el cuestionario en blanco, y 219 lo respondieron de forma incompleta o inválida. Por lo tanto, se incluyeron en el estudio 2.418 candidatos (62,9%) a 72 programas distintos. La especialidad con mayor número de encuestados fue clínica médica (11%), seguida de cirugía general (7,49%), pediatría (7,03%), dermatología (5,13%) y neurología (4,71%).

En cuanto a los datos sociodemográficos, la muestra estaba compuesta predominantemente

por sujetos jóvenes (edad media 27 años \pm 2,94), mujeres (60,7%) y solteros (87,9%). La religión predominante fue la católica (56,9%), seguida de la doctrina agnóstica (14,2%), la espírita (12,8%) y la evangélica (9,6%).

En cuanto a la formación universitaria de los participantes, 1.159 (48,7%) procedieron de instituciones públicas y 1.223 (51,3%), de instituciones privadas. Habían completado previamente otro programa de residencia 898 participantes (37,5%).

En cuanto a la experiencia previa en formación en comunicación, el 61,2% de la muestra ($n=1.481$) declaró haber recibido clases sobre cómo comunicar malas noticias durante sus estudios de grado, mientras que el 61,8% ($n=1.498$) afirmó haber participado en una formación específica sobre el tema durante ese período. El 92% de los participantes considera que no completó la formación con habilidades comunicativas satisfactorias. Además, 88 personas (3,6%) afirmaron no haber comunicado nunca malas noticias. La mayoría de la muestra, 970 participantes (40,4%), declaró haber realizado entre una y cinco comunicaciones.

En cuanto al entorno considerado adecuado para comunicar malas noticias, el 97,3% de la muestra ($n=2.343$) entiende la necesidad de un entorno privado, y el 2,7% ($n=66$) no cree que sea necesario o es indiferente al entorno.

La mayor parte de los participantes, el 66,5% ($n=1.597$), no está de acuerdo con la afirmación de que “la comunicación del fallecimiento a un familiar puede ser realizada por cualquier miembro del equipo multidisciplinario”. El 83,9% de la muestra ($n=2.013$) está de acuerdo en que la comunicación de malas noticias debería incluir a profesionales distintos de los médicos. Para el 45,9% de los participantes, el médico es el profesional que mejor comunica las malas noticias, seguido del psicólogo (34,9%) y del enfermero (0,9%).

La Tabla 1 presenta las preguntas y sus respectivas respuestas respecto a las conductas éticas relacionadas con la comunicación de malas noticias y la actitud del profesional hacia los familiares y los pacientes.

Tabla 1. Respuestas sobre las conductas éticas relacionadas con la comunicación de malas noticias y la actitud del profesional hacia los familiares y pacientes

Pregunta	n	%	Total
1. ¿Crees que el paciente siempre tiene derecho a conocer su estado de salud actual y futuro?			
Sí	2.308	95,81%	
No	70	2,90%	2.409
No tengo opinión.	31	1,29%	
2. En tu opinión, ¿a qué miembro de la familia es más difícil dar la noticia de una muerte repentina?			
Madre/padre	2.104	87,38%	
Hija/hijo	172	7,14%	
Esposa/esposo	105	4,36%	2.408
Abuela/abuelo	19	0,79%	
Hermana/hermano	8	0,33%	
3. ¿Qué tipo de comunicación de malas noticias te resulta más difícil transmitir?			
Muerte	1.389	57,80%	
Pronóstico	571	23,76%	2.403
Cuidados paliativos	307	12,78%	
Diagnóstico	136	5,66%	
4. En tu opinión, en un entorno hospitalario, ¿deberían comunicarse las malas noticias de forma objetiva, de una sola vez, para evitarle al paciente un mayor sufrimiento?			
Sí	817	34,00%	
No	1.474	61,30%	2.404
Indiferente	113	4,70%	
5. Al comunicar malas noticias, debemos evitar el silencio y las pausas frecuentes, y el médico debe centrarse en lo que debe comunicarse al paciente.			
Estoy de acuerdo (%)	671	27,90%	
No estoy de acuerdo (%)	1.632	67,70%	2.409
No lo sé	106	4,40%	
6. Al comunicar malas noticias, el médico debe centrarse exclusivamente en el paciente; la interferencia de los familiares en este proceso es indeseable.			
Estoy de acuerdo (%)	89	3,69%	
No estoy de acuerdo (%)	2.255	93,45%	2.413
No lo sé	69	2,86%	
7. Es conveniente que el médico esté de acuerdo con la familia cuando esta desee evitarle al paciente un diagnóstico o pronóstico desfavorable, con el fin de preservar una buena relación con la familia y evitar conflictos durante el proceso.			
Estoy de acuerdo (%)	789	32,89%	
No estoy de acuerdo (%)	1.285	53,56%	2.399
No lo sé	325	13,55%	

continúa...

Tabla 1. Continuación

Pregunta	n	%	Total
8. Es más importante que el médico se centre en el contenido verbal que necesita comunicar para mantener la concentración en la comunicación y evitar distraerse con otros estímulos no verbales.			
Estoy de acuerdo (%)	554	23,20%	
No estoy de acuerdo (%)	1.702	71,25%	2.389
No lo sé	133	5,57%	
9. Al investigar el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, es recomendable utilizar preguntas abiertas y poco directivas.			
Estoy de acuerdo (%)	1.415	59,20%	
No estoy de acuerdo (%)	848	35,48%	2.391
No lo sé	128	5,36%	
10. ¿Crees que la espiritualidad de la familia puede minimizar el impacto de la comunicación de una mala noticia?			
Sí	2.247	93,89%	
No	69	2,88%	2.393
Indiferente	77	3,22%	
11. ¿Crees que el nivel cultural y social facilita la comunicación de una mala noticia?			
Sí	1.900	79,56%	
No	264	11,06%	2.389
Indiferente	225	9,42%	
12. Si fueras el paciente, ¿preferirías que las noticias sobre tu enfermedad se comunicaran directamente a:			
Solo a ti mismo/a	829	34,64%	
A un familiar	26	1,09%	2.394
A ti mismo acompañado de un familiar	1.539	64,29%	
13. Si fueras el paciente, ¿cómo te gustaría que te comunicaran las malas noticias?			
De forma completa	2.183	91,26%	
En parte	209	8,74%	2.392
14. ¿Crees que está mal que un profesional llore al comunicar una mala noticia?			
Sí	621	26,03%	
No	1.488	62,37%	2.386
Indiferente	277	11,61%	
15. ¿Crees que es correcto abrazar a un familiar al comunicarle una mala noticia?			
Sí	1.596	66,65%	
No	420	17,54%	2.395
Indiferente	379	15,82%	
16. ¿Cómo reaccionarías si te atacaran verbalmente tras comunicar una mala noticia?			
Reaccionaría agresivamente, tratando de controlar la situación	13	0,54%	
Me quedaría callado hasta que el agresor dejara de hablar	783	32,48%	
Trataría de pedir calma para continuar la conversación	825	34,22%	2.411
Buscaría ayuda de un psicólogo	161	6,68%	
No pediría calma y tranquilamente trataría de reanudar la conversación	629	26,09%	

n = número de individuos; % = porcentaje

Respecto al protocolo SPIKES, la letra E (*emotions*), que corresponde a la etapa en la que los familiares expresan sus emociones durante la comunicación de malas noticias, se consideró la más compleja, seguida por la letra K (*knowledge*), en la que los médicos transmiten toda la información técnica que se considera difícil de decir.

La mayoría de los encuestados (71,3%; $n=1.697$) no estuvo de acuerdo con la afirmación de que no existen directrices ni protocolos para comunicar malas noticias en la literatura, y de que la comunicación debe basarse únicamente en la experiencia del médico. Por otra parte, el 20,13% ($n=479$) estuvo de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 8,57% ($n=204$) declaró no saberlo.

El 65,14% ($n=1.566$) de los participantes afirmó estar familiarizado con el protocolo SPIKES, mientras que el 34,86% ($n=838$) desconocía esta herramienta estructurada para comunicar malas noticias. Cuando se les preguntó qué etapa del protocolo SPIKES consideraban más desafiante, la mayoría de los participantes indicó el paso “emotion (E)” (29,20%; $n=447$), seguida de “knowledge (K)” (22,86%; $n=350$) e “invitation (I)” (21,88%; $n=335$). Los demás pasos se mencionaron con menos frecuencia: “perception (P)” (11,69%; $n=179$), “Setting up (S)” (6,73%; $n=103$) e “strategy and summary (S)” (7,64%; $n=117$).

Comparación entre programas clínicos y quirúrgicos

En el análisis de datos demográficos, al comparar a los profesionales que candidataron a especialidades clínicas y quirúrgicas, se observa que en las especialidades quirúrgicas, los médicos tienen una edad media menor ($26,78 \pm 2,88$, p -valor=0,0089), son predominantemente hombres (51,9%, p -valor=0,0001) y solteros (90,7%, p -valor=0,0346), predominantemente de universidades públicas (53,6%, p -valor=0,0072) y la mayoría no había completado previamente una residencia (28,6%, p -valor<0,0001).

A su vez, los encuestados clasificados como “especialidades clínicas” tenían una edad media más alta ($27,12 \pm 2,96$, p -valor=0,0089), son predominantemente mujeres (66,7%, p -valor=0,0001) y solteros (87,8%, p -valor=0,0346), predominantemente de universidades privadas (53,5%, p -valor=0,0072) y la mayor parte había completado previamente una residencia (28,6%, p -valor<0,0001).

Un mayor número de profesionales que se candidató a especialidades quirúrgicas informó haber recibido clases sobre cómo comunicar malas noticias durante sus estudios de grado (65,5%), en comparación con las especialidades clínicas (59,3%) (p -valor=0,0036). Al igual que con la formación en comunicación, el 62,2% de los participantes en especialidades quirúrgicas informó haber recibido capacitación en comunicación, en comparación con el 61,6% de los participantes en especialidades clínicas (p -valor=0,7925).

En cuanto a las especialidades quirúrgicas, el 3,7% de la muestra afirmó no haber comunicado nunca malas noticias, el 42,8% afirmó haber realizado entre 1 y 5 comunicaciones, el 18,2% afirmó haber realizado entre 5 y 10 comunicaciones, y el 35,3% afirmó haber realizado más de 10 comunicaciones.

En cuanto a las especialidades clínicas, el 3,6% de la muestra declaró que nunca había comunicado malas noticias, el 39,5% declaró haber realizado entre 1 y 5 comunicaciones, el 19,4% había realizado entre 5 y 10 comunicaciones y el 37,5% había realizado más de 10 comunicaciones (p -valor=0,7925).

En cuanto a las especialidades clínicas, solo el 6,7% de la muestra ($n=111$) cree que “los médicos se gradúan con una buena capacidad para comunicar malas noticias”. En el caso de las especialidades quirúrgicas, solo el 10,7% de la muestra ($n=81$) está de acuerdo con esa afirmación (p -valor=0,0008).

En cuanto al entorno considerado adecuado para comunicar malas noticias, el 97,6% del grupo clínicas considera necesario un entorno privado, en comparación con el 96,5% del grupo quirúrgicas (p -valor=0,3254).

Tabla 2. Respuestas sobre las conductas éticas relacionadas con la comunicación de malas noticias y el comportamiento del profesional hacia los familiares y pacientes, en la comparación entre especialidades clínicas y quirúrgicas.

Pregunta	Clínica		Quirúrgica		Total	p-valor
	n	%	n	%		
1. ¿Crees que el paciente siempre tiene derecho a conocer su estado de salud actual y futuro?						
Sí	1.589	96,35%	714	94,57%	2.303	
No	44	2,67%	26	3,44%	70	0,0675
No tengo opinión.	16	0,97%	15	1,99%	31	
2. En tu opinión, ¿a qué miembro de la familia es más difícil dar la noticia de una muerte repentina?						
Madre/padre	1.448	86,70%	652	86,03%	2.100	0,3619
Hija/hijo	109	6,60%	63	8,31%	172	0,1231
Esposa/esposo	74	4,50%	31	4,09%	105	0,6763
Abuela/abuelo	12	0,70%	7	0,92%	19	0,606
Hermana/hermano	2	0,10%	5	0,66%	7	0,0347*
3. ¿Qué tipo de comunicación de malas noticias te resulta más difícil transmitir?						
Muerte	954	58,06%	431	57,11%	1.385	0,7299
Pronóstico.	376	22,85%	194	25,69%	570	0,1203
Cuidados paliativos	230	14,02%	77	10,21%	307	0,0106
Diagnóstico	83	5,06%	53	7,02%	136	0,0501
4. En tu opinión, en un entorno hospitalario, ¿deberían comunicarse las malas noticias de forma objetiva, de una sola vez, para evitarle al paciente un mayor sufrimiento?						
Sí	541	32,89%	274	36,33%	815	
No	1.040	63,26%	431	57,15%	1.471	0,0021
Indiferente	64	3,89%	49	6,50%	113	
5. Al comunicar malas noticias, debemos evitar el silencio y las pausas frecuentes, y el médico debe centrarse en lo que debe comunicarse al paciente.						
De acuerdo (%)	453	27,47%	215	28,47%	668	
En desacuerdo (%)	1.120	67,86%	510	67,47%	1.630	0,7142
No lo sé	76	4,61%	30	3,97%	106	
6. Al comunicar malas noticias, el médico debe centrarse exclusivamente en el paciente; la interferencia de los familiares en este proceso es indeseable.						
De acuerdo (%)	55	3,33%	34	4,51%	89	
En desacuerdo (%)	1.555	94,01%	695	92,15%	2.250	0,2313
No lo sé	44	2,66%	25	3,31%	69	
7. Es conveniente que el médico esté de acuerdo con la familia cuando esta desee evitarle al paciente un diagnóstico o pronóstico desfavorable, con el fin de preservar una buena relación con la familia y evitar conflictos durante el proceso.						
De acuerdo (%)	510	31,03%	275	36,74%	785	
En desacuerdo (%)	899	54,69%	385	51,45%	1.284	0,0147
No lo sé	236	14,36%	89	11,89%	325	

continúa...

Tabla 2. Continuación

Pregunta	Clínica		Quirúrgica		Total	p-valor
	n	%	n	%		
8. Es más importante que el médico se centre en el contenido verbal que necesita comunicar para mantener la concentración en la comunicación y evitar distraerse con otros estímulos no verbales.						
De acuerdo (%)	373	22,78%	180	24,12%	553	
En desacuerdo (%)	1.176	71,75%	523	69,98%	1.699	0,6489
No lo sé	88	5,37%	44	5,90%	132	
9. Al investigar el nivel de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, es recomendable utilizar preguntas abiertas y poco directivas.						
De acuerdo (%)	978	59,64%	436	58,47%	1.414	
En desacuerdo (%)	572	34,91%	272	36,47%	844	0,7283
No lo sé	90	5,49%	38	5,09%	128	
10. ¿Crees que la espiritualidad de la familia puede minimizar el impacto de la comunicación de una mala noticia?						
Sí	1.552	94,64%	690	92,26%	2.242	
No	42	2,56%	27	3,61%	69	0,0771
Indiferente	46	2,80%	31	4,15%	77	
11. ¿Crees que el nivel cultural y social facilita la comunicación de una mala noticia?						
Sí	1.281	78,28%	614	82,10%	1.895	
No	199	12,16%	65	8,69%	264	0,0374
Indiferente	156	9,53%	69	9,23%	225	
12. Si fueras el paciente, ¿preferirías que las noticias sobre tu enfermedad se comunicaran directamente a:						
Solo a ti mismo/a	552	33,72%	276	36,80%	828	
A un familiar	21	1,28%	5	0,67%	26	0,1545
A ti mismo acompañado de un familiar	1.066	65,00%	469	62,53%	1535	
13. Si fueras el paciente, ¿cómo te gustaría que te le comunicaran las malas noticias?						
Completa	1.488	90,80%	690	92,10%	2178	
En parte	150	9,20%	59	7,90%	209	0,3044
14. ¿Crees que está mal que un profesional llore al comunicar una mala noticia?						
Sí	401	24,59%	219	29,27%	620	
No	1.048	64,24%	437	58,34%	1.485	0,0205
Indiferente	183	11,21%	93	12,43%	276	
15. ¿Crees que es correcto abrazar a un familiar al comunicarle una mala noticia?						
Sí	1.126	68,64%	466	62,13%	1.592	
No	274	16,73%	146	19,47%	420	0,0063
Indiferente	240	14,63%	138	18,40%	378	
16. ¿Cómo reaccionarías si te atacaran verbalmente tras comunicar una mala noticia?						
Reaccionaría agresivamente, tratando de controlar la situación	6	0,36%	7	0,91%	13	0,1289*
Me quedaría callado hasta que el agresor dejara de hablar	540	32,31%	241	31,34%	781	0,6692
Trataría de pedir calma para continuar la conversación	571	34,24%	252	33,78%	823	0,5313
Buscaría ayuda de un psicólogo	115	6,89%	46	5,98%	161	0,4169
No pediría calma y tranquilamente trataría de continuar la conversación	419	25,10%	210	27,28%	629	0,2209

* Prueba exacta de Fisher

Tabla 3. Conocimiento sobre la existencia de protocolos de comunicación de malas noticias, en una comparación entre las especialidades clínicas y quirúrgicas.

Pregunta	Clínicas		Quirúrgicas		Total	p-valor
	n	%	n	%		
1. En la literatura no existen protocolos ni directrices para comunicar malas noticias; el médico debe utilizar su experiencia y observación para realizar esta tarea de la mejor manera posible.						
Estoy de acuerdo (%)	321	19,64%	157	21,22%	478	
No estoy de acuerdo (%)	1.174	71,74%	519	70,14%	1.693	0,6577
No lo sé	140	8,57%	64	8,65%	204	
2. ¿Estás familiarizado con el protocolo SPIKES?						
Sí	1.068	64,92%	496	65,89%	1.564	0,6383
No	578	35,08%	257	34,11%	835	
3. ¿Qué parte del protocolo te resulta más difícil a la hora de dar malas noticias?						
Setting up (S)	67	6,44%	35	7,16%	102	0,6213
Perception (P)	127	12,20%	52	10,64%	179	0,351
Invitation (I)	217	20,90%	118	24,14%	335	0,1666
Knowledge (K)	239	22,98%	110	22,51%	349	0,7883
Emotion (E)	313	30,10%	134	27,39%	447	0,2512
Strategy and Summary (S)	77	7,42%	40	8,18%	117	0,6159

Discusión

En el presente estudio, el 61,2% de los participantes declaró no haber recibido formación sobre el tema, y el 92% cree que los médicos finalizan su formación sin buenas habilidades comunicativas. Además, una gran parte de la muestra afirmó haber realizado, como máximo, diez comunicaciones de malas noticias a lo largo de su vida profesional, lo que demuestra una experiencia práctica limitada.

Estos hallazgos coinciden con los de otras investigaciones. Un estudio realizado con residentes de 19 especialidades médicas reveló que el 95% de los participantes no recibió formación específica sobre la comunicación de malas noticias durante sus estudios de grado¹⁰. De manera similar, Tavakol y colaboradores¹¹ observaron que solo el 8,6% de los residentes había asistido a cursos de capacitación en habilidades de comunicación durante ese período. Incluso entre quienes recibieron capacitación adicional, pocos manifestaron sentirse preparados para comunicarse eficazmente. Muneer y colaboradores¹² observaron que, aunque el 51% de los profesionales de su muestra había recibido algún tipo de capacitación en la comunicación

de malas noticias, más de la mitad (52%) seguía adoptando sus propios abordajes improvisados al enfrentarse a esta situación.

El presente estudio se centró principalmente en médicos jóvenes, recién graduados o con pocos años de experiencia profesional. Este recorte difiere de investigaciones similares, como la de Silveira, Botelho y Valadão¹³, que evaluó a 120 médicos de un hospital brasileño, y el de Mostafavian y Shaye¹⁴, que analizó a 70 médicos de diferentes sectores en dos hospitales universitarios. Si bien estos estudios no tuvieron en cuenta la experiencia previa ni el tiempo de formación, identificaron importantes deficiencias en las habilidades comunicativas. Además, ambos estudios concluyeron que la implementación de estrategias de capacitación puede contribuir a mejorar estas habilidades.

En lo que respecta a la información sobre el estado actual y futuro del paciente, la información a menudo se transmite de forma inadecuada¹³. En lo que respecta al aspecto familiar, más del 87% de la muestra considera que los padres del paciente son los miembros de la familia con los que resulta más difícil comunicarse, y que la muerte es el tema más complejo de comunicar. La alta frecuencia de

estas respuestas puede estar asociada con concepciones socioculturales según las cuales la muerte de un hijo es un hecho “antinatural”, es decir, una inversión del orden natural de la vida. Además, la pérdida de un hijo suele percibirse como particularmente injusta, con argumentos como “tuvo poco tiempo de vida” o incluso “nunca hizo mal a nadie”. Por lo tanto, comunicar a los padres la muerte de un hijo hace la tarea de comunicar aún más difícil ¹⁵.

Brouwer y colaboradores ¹⁵ identificaron barreras en la comunicación entre médicos y padres y evaluaron las principales dificultades que reportaron los padres durante las conversaciones, como no solicitar información sobre el niño a los padres, salir de la reunión con poca información debido a la falta de claridad, el uso excesivo de términos técnicos y la presencia de muchas personas durante las reuniones, además de la preocupación de los padres por transmitir las malas noticias a sus propios hijos sin orientación ni supervisión médica.

En el presente estudio, se observó que, cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con la afirmación de retener información al paciente a petición de la familia, más del 30% de los médicos afirmó apoyar esta práctica, mientras que aproximadamente el 15% declaró “no saber cómo proceder”. Estos números son superiores a los de un estudio similar ¹², en el que el 20,4% de los médicos estuvo de acuerdo en no revelar al paciente información sobre su estado. Esta discrepancia puede estar relacionada con la mayor heterogeneidad de la muestra en el estudio mencionado, que incluyó a médicos con mayor tiempo de formación y experiencia clínica, factores que influyen en la percepción y en la conducta a la hora de comunicar malas noticias.

La “conspiración de silencio” consiste en un acuerdo, explícito o no, entre los miembros de un grupo para mantener en secreto información que, de ser revelada, podría ser perjudicial para el grupo, sus intereses o sus asociados. Debido a fallas de comunicación, falta de conocimiento bioético, miedo de perder a la persona, estrés, incertidumbre sobre el pronóstico, entre otros motivos, la omisión de información puede acarrear consecuencias como la pérdida de autonomía, puede perjudicar la toma de decisiones y empeorar la calidad de vida. Por lo tanto, debe evitarse en favor de una comunicación basada en la verdad progresiva ¹⁶.

Estudios realizados sobre las preferencias de los pacientes para recibir noticias sobre su estado de salud encontraron que más del 90% querría saber todo sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento ^{17,18}. Sin embargo, en otro estudio, se observó que algunas noticias proporcionadas a pacientes con cáncer, como los posibles efectos colaterales de los tratamientos, son consideradas dispensables por aproximadamente una tercera parte de los encuestados ¹⁹. Por lo tanto, es esencial preguntar al paciente qué noticias desea recibir ¹⁶.

Los encuestados consideraron que un mayor nivel de espiritualidad entre los pacientes y sus familiares era un factor importante para aliviar el impacto de las malas noticias. El nivel sociocultural de la familia es otro factor que puede facilitar la comprensión y la aceptación del estado del paciente. Cuando se les pidió que se pusieran en el lugar de los pacientes con enfermedades avanzadas, casi el 99% de los participantes respondió que les gustaría que la noticia se les comunicara directamente, solos o acompañados de un familiar, y más del 90% desearía que la información se les proporcionara de forma completa.

En cuanto a los aspectos técnicos sobre cómo comunicar malas noticias, la mayoría de los participantes respondió que es importante hacerlo en un entorno privado. Sin embargo, un estudio con residentes de pediatría observó que el 90% de los profesionales no se preocupa por asegurar un entorno privado durante las reuniones familiares ²⁰. Además, aproximadamente el 35% excluyó a los familiares de esta conversación. Un estudio realizado en Portugal con 159 médicos puso de manifiesto que, para esta misma pregunta, el 93% afirmó que le gustaría saber todo sobre su diagnóstico y al 83% le gustaría saber sobre su pronóstico ²¹.

Una parte (28,7%) de los participantes desconoce la existencia de protocolos de comunicación, y más del 35% no está familiarizado con el protocolo SPIKES, que es el más utilizado para esta tarea ^{22,23}. A quienes estaban familiarizados con el protocolo se les preguntó qué paso consideraban más difícil de ejecutar, y la respuesta más frecuente fue el E, de *emotions*, lo cual corrobora los hallazgos de otros estudios y muestra que los médicos a menudo no se sienten seguros ni cómodos al gestionar

las emociones que pueden surgir durante una reunión familiar^{6,24}.

En cuanto a la demostración de empatía y sentimientos durante la comunicación de malas noticias, algunos dicen que consideran incorrecto que un médico abraze al paciente o a los miembros de la familia (17,5%) o que llore (26%) durante la reunión. Se puede relacionar esta información con la mayor dificultad encontrada al implementar el protocolo SPIKES. Llorar o mostrar empatía y afecto puede percibirse como una demostración de debilidad o falta de control sobre la situación, aunque los pacientes esperan que los médicos demuestren sentimientos en una reunión y demuestren que están del lado de esa familia^{17,24}.

Al preguntarles si la comunicación de malas noticias debería incluir a otros profesionales del equipo multidisciplinario, el 16,1% de los encuestados lo consideró indiferente o respondió negativamente. La participación de otros profesionales puede ser crucial, ya que el médico puede desconocer los detalles de la atención brindada por los demás profesionales, información que puede ser fundamental para la planificación del cuidado²⁵. Este dato parece contradecir el hecho de que casi el 35% de la muestra afirmó que el profesional que mejor comunica las malas noticias es el psicólogo, el 18,5% respondió que el profesional es indiferente y menos de la mitad afirmó que el médico es el profesional con mayor capacidad para comunicar malas noticias.

Las noticias relativas a diagnósticos o pronósticos deben ser transmitidas por médicos, y el equipo multidisciplinario puede brindar un apoyo importante en este proceso, como lo demuestra un estudio de pacientes pos-ACV que contó con la participación de todo el equipo de salud durante la reunión familiar. Este estudio concluyó que la participación de los demás profesionales aumentó la confianza de los médicos al dar malas noticias gracias al proceso de consulta colaborativa del equipo²⁵.

Especialidades clínicas frente a especialidades quirúrgicas

Al comparar los grupos, se observaron diferencias como un predominio de hombres y una menor edad media en el grupo de especialidades quirúrgicas, con la mayoría proveniente de escuelas públicas y un menor porcentaje de

profesionales que habían completado previamente programas de residencia.

Easson, Crosby y Librach²⁶ analizaron los principales libros de técnicas quirúrgicas en Estados Unidos y observaron que ofrecen poca información sobre cómo comunicar malas noticias, el proceso de muerte, los efectos de la toma de decisiones en la familia y el tratamiento o manejo de los síntomas. Pese a ello, los autores sugieren que, debido a la frecuencia de muertes resultantes de procedimientos quirúrgicos, sería apropiado incluir más información sobre los temas analizados en los libros quirúrgicos²⁶.

Se observó que, aunque un mayor porcentaje del grupo de especialidades quirúrgicas afirmó haber recibido formación sobre cómo comunicar malas noticias durante sus estudios de grado, la gran mayoría de los participantes cree que los médicos no se gradúan adecuadamente preparados para hacerlo. Se observó que, en el grupo de especialidades clínicas, la consciencia de las limitaciones en esta habilidad es incluso mayor que en el grupo de especialidades quirúrgicas.

La visión negativa más arraigada es la de la muerte como un fracaso médico-quirúrgico. Los cirujanos se esfuerzan por obtener un resultado positivo, que tradicionalmente significa la recuperación tras la cirugía sin ninguna morbilidad significativa. En cambio, en el grupo de especialidades clínicas, las variables y los aspectos técnicos se relacionan con mayor frecuencia con los historiales de los pacientes. Las respuestas y los desenlaces de los pacientes están influenciados por el entorno y por las condiciones previas, lo que requiere una mayor flexibilidad y resiliencia por parte del clínico a la hora de gestionar y tomar decisiones sobre sus casos²⁷. Ambos grupos coinciden en que los padres son los miembros de la familia a quienes es más difícil dar malas noticias. Hablar sobre la muerte y el pronóstico se consideró más difícil que hablar sobre el diagnóstico y los cuidados paliativos; sin embargo, un porcentaje menor del grupo de especialidades quirúrgicas consideró que la conversación sobre cuidados paliativos era más difícil en comparación con el grupo de especialidades clínicas.

Como se observa en el presente estudio, cuando se requiere mayor capacidad de comunicación, se encuentran respuestas más controvertidas en el grupo de especialidades quirúrgicas que en el grupo de especialidades clínicas^{28,29}.

En lo que respecta a los aspectos técnicos de la comunicación de malas noticias, se observó una discordancia mínima, con un mayor porcentaje del grupo de especialidades quirúrgicas, que aseguraba que las malas noticias deberían darse todas de una sola vez para evitar un mayor sufrimiento posterior. Además, y con mayor frecuencia, este grupo afirmó que uno debe estar de acuerdo con la familia si desea llevar a cabo un pacto de silencio o conspiración de silencio. El resultado, además de reforzar el pragmatismo de este grupo respecto a las especialidades clínicas, demuestra una deficiencia en el conocimiento técnico, una vez que el art. 34 del Código de Ética Médica, prohíbe al médico dejar *de informar al paciente del diagnóstico, pronóstico, riesgos y objetivos del tratamiento, salvo cuando la comunicación directa pudiera causarle daños, en cuyo caso se deberá realizar la comunicación a su representante legal*³⁰. Dicha conducta también puede conducir a desenlaces negativos y sentimientos de miedo, ansiedad, depresión, sufrimiento, incompreensión y rabia, comunes en pacientes de cuidados paliativos que se enfrentan al silencio de sus familiares¹⁶.

Al analizar las respuestas, encontramos que en el grupo de especialidades quirúrgicas, un mayor porcentaje de médicos afirma que el nivel socio-cultural puede influir en la comunicación, que las demostraciones de afecto y compasión, como llorar o abrazar a los familiares, no son correctas, y que no se debe esperar la presencia de otros profesionales además del médico durante la comunicación. Esto demuestra la dificultad que tienen los cirujanos para resolver conflictos que dependen de su inteligencia emocional y habilidades de comunicación²⁹.

Además, al preguntarles qué profesionales del equipo multidisciplinario comunicaban mejor las malas noticias, un grupo más numeroso de especialistas quirúrgicos respondió que era el médico, y un grupo más reducido respondió que era el psicólogo, en comparación con las especialidades clínicas. Esto puede deberse al perfil menos influenciado emocionalmente de los médicos que eligen especialidades quirúrgicas, lo que puede favorecer las fallas en un proceso de comunicación²⁹.

Un estudio reciente preguntó a los pacientes de cirujanos: ¿Qué quiero que sepa mi cirujano?³¹. Las respuestas recogidas se organizaron en tres grupos y, en general, mencionaron ser tratado de forma holística y con dignidad; comunicación

clara y definición de funciones; y definición de expectativas. Por lo tanto, las respuestas muestran que los pacientes sienten una falta de mayor empatía y de mejor comunicación por parte de los cirujanos, características que son más frecuentes en médicos de especialidades clínicas, como se ha observado. Quizá esta característica sea personal de estos profesionales, manifestada incluso antes de que participaran en la residencia quirúrgica²⁹.

Consideraciones finales

Los hallazgos de este estudio refuerzan la existencia de lagunas en la formación médica en lo que respecta a la comunicación de malas noticias, evidenciada por la ausencia de formación específica durante los estudios de grado y por la percepción generalizada de que los profesionales no completan su formación debidamente preparados para esta práctica. Más del 90% de los médicos no se siente preparado para ello al salir de la universidad, y alrededor del 40% nunca ha recibido formación formal. A pesar del conocimiento teórico de protocolos como SPIKES, existen dificultades para aplicarlos en la práctica, especialmente al comunicar muertes y hablar con los padres.

Una comparación entre las especialidades clínicas y quirúrgicas demostró diferencias en el perfil de los profesionales y en sus abordajes. Los médicos de especialidades quirúrgicas demostraron una menor preparación emocional en comparación con los candidatos para áreas clínicas, así como una mayor tendencia a un abordaje pragmático y una menor disposición a incluir a otros profesionales en el equipo multidisciplinario.

Además, se demostró que los médicos con más experiencia, a pesar de tener menos formación académica, demuestran mayor confianza en la comunicación. Se reveló que la etapa E (*emotions*) del protocolo SPIKES se considera la más difícil para el equipo médico, lo que refleja la dificultad que tienen los profesionales para gestionar la expresión de las emociones durante estas interacciones.


A la luz de estos hallazgos, se resalta la necesidad de reformular los currículos médicos para incluir una formación estructurada en la comunicación de malas noticias, abordando tanto los aspectos técnicos como los emocionales.

Referencias


1. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2002 [acesso 20 mar 2016];10(2):73-88. Disponível: <https://bit.ly/4shhOT9>
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação de notícias difíceis: compartilhamento de desafios na atenção à saúde [Internet]. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2018 [acesso 20 mar 2020]. Disponível: <https://bit.ly/4aBuS33>
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* [Internet]. 1984 [acesso 24 maio 2020];288(6430):1597-99. DOI: 10.1136/bmj.288.6430.1597
4. Buckman R. Breaking bad news: a guide for health care professionals [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992 [acesso 20 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/4qKJrHU>
5. Crowther ER. How to break bad news: a guide for health care professionals. *J Can Chiropr Assoc* [Internet]. 1993 [acesso 24 maio 2020];37(2):121-2. Disponível: <https://bit.ly/46bYpiy>
6. Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [acesso 2 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3OLT3EG>
7. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso 20 mar 2020]. Disponível: <https://bit.ly/4qDHoFd>
8. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [acesso 22 mar 2020];66(7):1543-55. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x
9. 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 [acesso 22 mar 2020];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
10. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 22 mar 2020];22(3):323-7. DOI: 10.1590/S0103-21002009000300014
11. Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo AA. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. *BMC Med Educ* [Internet]. 2005 [acesso 19 abr 2022];5(1):6. DOI: 10.1186/1472-6920-5-6
12. Muneer MS, Elhassan AE, Osman AM, Abdalla AA, Abdelrahim MA, Ali SM *et al.* Breaking bad news from the doctors' perspective in a paternalistic society: the case of Sudan. *Trop Doct* [Internet]. 2018 [acesso 9 nov 2020];48(4):340-4. DOI: 10.1177/0049475518795765
13. Silveira FJF, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2017 [acesso 9 nov 2020];135(4):323-31. DOI: 10.1590/1516-3180.20160221270117
14. Mostafavian Z, Shaye ZA. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2018 [acesso 9 nov 2020];7(3):601-5. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_25_18
15. Brouwer MA, Maeckelberghe ELM, van der Heide A, Hein IM, Verhagen EAAE. Breaking bad news: what parents would like you to know. *Arch Dis Child* [Internet]. 2020 [acesso 8 jul 2024];106(3):276-81. DOI: 10.1136/archdischild-2019-318398
16. Lemus-Riscanevo P, Carreño-Moreno S, Arias-Rojas M. Conspiracy of silence in palliative care: a concept analysis. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2019 [acesso 8 jul 2024];25(1):24-9. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_183_18
17. Rao A, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking bad news: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2016 [acesso 10 mar 2020];17(4):1779-84. DOI: 10.7314/apjcp.2016.17.4.1779

18. Eng TC, Yaakup H, Shah SA, Jaffar A, Omar K. Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2012 [acceso 10 mar 2020];13(6):2749-52. DOI: 10.7314/apjcp.2012.13.6.2749
19. Laxmi S, Khan JA. Does the cancer patient want to know?: results from a study in an Indian tertiary cancer center. *South Asian J Cancer* [Internet]. 2013 [acceso 19 abr 2022];2(2):57-61. DOI: 10.4103/2278-330X.110487
20. Geeta MG, Krishnakumar P. Breaking bad news – perceptions of pediatric residents. *Indian J Child Health* [Internet]. 2017 [acceso 19 abr 2022];54(8):685-6. DOI: 10.1007/s13312-017-1135-x
21. Ferraz Gonçalves JA, Almeida C, Amorim J, Baltasar R, Batista J, Borrero Y *et al.* Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. *Porto Biomed J* [Internet]. 2017 [acceso 10 mar 2020];2(6):277-81. DOI: 10.1016/j.pbj.2017.04.004
22. Berkey FJ, Wiedemer JP, Vithalani ND. Delivering bad or life-altering news. *Am Fam Physician* [Internet]. 2018 [acceso 10 mar 2020];98(2):99-104. Disponible: <https://bit.ly/46ljISG>
23. Ozyemisci-Taskiran O, Budakoglu II, Coskun O, Demirsoy N. Breaking bad news to patients with spinal cord injury in Turkey – physiatrists' perspective. *J Spinal Cord Med* [Internet]. 2017 [acceso 10 mar 2020];40(4):423-31. DOI: 10.1080/10790268.2016.1234735
24. Von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020 [acceso 8 jul 2024];103(8):1623-9. DOI: 10.1016/j.pec.2020.02.036
25. Phillips J, Kneebone II, Taverner B. Breaking bad news in stroke rehabilitation: a consultation with a community stroke team. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2013 [acceso 10 mar 2020];35(8):694-701. DOI: 10.3109/09638288.2012.703757
26. Easson AM, Crosby JA, Librach SL. Discussion of death and dying in surgical textbooks. *Am J Surg* [Internet]. 2001 [acceso 10 mar 2020];182(1):34-9. DOI: 10.1016/S0002-9610(01)00646-8
27. Block SD. Medical education in end-of-life care: the status of reform. *J Palliat Med* [Internet]. 2002 [acceso 10 mar 2020];5(2):243-8. DOI: 10.1089/109662102753641214
28. Han JL, Pappas TN. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *J Surg Educ* [Internet]. 2018 [acceso 19 abr 2022];75(1):88-94. DOI: 10.1016/j.jsurg.2017.06.035
29. Stanton C, Sethi FN, Dale O, Phelan M, Laban JT, Eliahoo J. Comparison of emotional intelligence between psychiatrists and surgeons. *Psychiatr Bull* [Internet]. 2011 [acceso 10 mar 2020];35(4):124-9. DOI: 10.1192/pb.bp.110.029959
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1 nov 2018 [acceso 19 abr 2022]. Seção 1. Disponible: <https://tinyurl.com/bdfd97ry>
31. Kurtz J, Steenbergh K, Kessler J, Vitous A, Barrett M, Sandhu G *et al.* "What I wish my surgeon knew": a novel approach to promote empathic curiosity in surgery. *J Surg Educ* [Internet]. 2020 [acceso 8 jul 2024];77(1):82-7. DOI: 10.1016/j.jsurg.2019.07.013

Daniel Alveno – Doctor – dalveno@yahoo.com.br

 0000-0003-4633-7576


Thiago Marraccini – Doctor – thiagomcunha@yahoo.com.br

 0000-0003-2515-0075

Fabiana Felipe dos Santos – Especialista – fabianafelippesantos@gmail.com

 0000-0002-3400-7919

Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi – Doctora – samantha.rizzi@unifesp.br

 0000-0002-5969-9499

Correspondencia

Daniel Alveno – Rua Napoleão de Barros, 875, Vila Clementino, CEP 04024-002. São Paulo/SP, Brasil.

Contribución de los autores

Daniel Alveno y Thiago Marraccini participaron de la conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición. Fabiana Felipe dos Santos participó de la investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición. Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi participó de la conceptualización, metodología, supervisión, redacción, revisión y edición.

Disponibilidad de datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y se presentan integralmente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 10.4.2025

Revisado: 15.8.2025

Aprobado: 12.1.2026